MINISTÉRIO DA SAÚDE

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos 2009

Brasília - DF
2011

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 – 2009

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Brasília - DF
2011

© 2011 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: 1.ª edição – 2011 – 1.500 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
Homepage: www.saude.gov.br/sctie
e- mail: daf@saude.gov.br

Organização:
Camila Almeida de Melo Cirera
Geisa Maria Grijó Farani de Almeida
Ivy Fermon Cardoso da Costa
José Miguel do Nascimento Júnior
Káttia Daniel Rodrigues
Marco Aurélio Pereira

Projeto gráfico:
Gustavo Lins

Normalização:
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 -2009 – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
152 p.– (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1857-8

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

CDU 005.21.51

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0353

Títulos para indexação:
Em inglês: National Award Incentive Promotion of Improving Use of Medicines – 2009
Em espanhol: Premio Nacional de Incentivo Promoción del Uso Racional de los Medicamentos – 2009

Sumário

Apresentação ---- 05
Introdução ---- 07
O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos ---- 09
Comissão Julgadora ---- 13
Entrevistas ---- 15

Categoria: Experiências de Profissionais nos Serviços de Saúde ---- 20

Trabalho Premiado – Avaliação do Conhecimento Sobre Interações Medicamentosas entre os Médicos Residentes de um Hospital Universitário do Sistema Único de Saúde Brasileiro ---- 21
Menção Honrosa – Contribuição da Farmácia na prescrição e uso racional de albumina humana em um hospital de grande porte ---- 25
Menção Honrosa – Otimização da prescrição eletrônica, baseada no estudo avaliativo, desenvolvido pela Farmácia da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo ---- 28
Menção Honrosa – Roda de conversa sobre medicamentos: construindo significados para o uso racional com usuários de um serviço de saúde mental ---- 32

Categoria: Tese de Doutorado ---- 36

Trabalho Premiado – A medicalização de conflitos: consumo de ansiolíticos e antidepressivos em grupos populares ---- 37
Menção Honrosa – Análise das propagandas de medicamentos psicoativos para promoção do uso racional e prevenção ao uso abusivo ---- 42
Menção Honrosa – Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS: um estudo de caso-controle ---- 47
Menção Honrosa – Propaganda de medicamentos. É possível regular? ---- 52

Categoria: Dissertação de Mestrado ---- 60

Trabalho Premiado – Estudo da utilização de medicamentos antidiabéticos orais e insulina prescritos aos usuários do Sistema Único de Saúde portadores de diabetes mellitus ---- 61
Menção Honrosa – "Casas de Saúde" e Assistência Farmacêutica: desafios da saúde indígena em Belém e Macapá ---- 66
Menção Honrosa – Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro ---- 70
Menção Honrosa – Medicamentos potencialmente perigosos, não aprovados e de uso off-label em prescrições pediátricas de um hospital universitário ---- 76

Categoria: Monografia de Especialização e/ou Residência ---- 82

Trabalho Premiado – Descrição da implantação de um programa de qualificação da administração de medicamentos via sonda enteral ---- 83
Menção Honrosa – Caracterização dos erros de diluição de antimicrobianos prescritos em unidade de tratamento intensivo de hospital de urgência e emergência ---- 85
Menção Honrosa – Perfil de prescrição de anti-hipertensivos em unidades de saúde do SUS - resultados de intervenções farmacêuticas ---- 89
Menção Honrosa – Relato de experiência na prevenção de eventos adversos a medicamentos em pacientes idosos com trauma ortopédico ---- 94

Categoria: Trabalhos em Nível de Graduação ---- 100

Trabalho Premiado – Avaliação do Planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS, do Município de Santa Maria-RS ---- 101
Menção Honrosa – Avaliação dos serviços de farmacovigilância e farmácia clínica dos hospitais sentinela do sul do Brasil ---- 106
Menção Honrosa – Caracterização dos medicamentos descartados por usuários da Farmácia Popular do Brasil/Farmácia Escola da UFRGS ---- 110
Menção Honrosa – Estoque, automedicação e uso de medicamentos pelos usuários da estratégia de saúde da família ---- 114

Categoria: Trabalhos desenvolvidos em Entidades/Instituições ---- 120

Trabalho Premiado – Projeto Saúde da Gente ---- 121
Menção Honrosa – Centro Regional de Informação sobre Medicamentos uma ferramenta para o uso racional ---- 127
Menção Honrosa – O papel do universitário farmacêutico frente às novas tendências e conceitos de saúde na atenção primária (SUS), na cidade de Alfenas – MG ---- 131
Menção Honrosa – Riscos da automedicação: tratando o problema com conhecimento ---- 136

Carta de Fortaleza ---- 141

Apresentação

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (Nairóbi, Quênia, 1985), o uso racional de medicamentos ocorre quando *pacientes recebem medicamentos apropriados para as suas necessidades clínicas, em doses adequadas aos seus requerimentos individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade*. Isto implica que prescrição, dispensação e consumo dos medicamentos pelos usuários devem ser disciplinados e conscientizados. De fato o conjunto dessas ações pressupõe facilitar adesão dos pacientes ao tratamento e, consequentemente, garantir-lhes a obtenção de maior sucesso na terapia medicamentosa.

Os medicamentos são substâncias que devem atuar em benefício da saúde do indivíduo. Em sua amplitude, possuem papel de recuperar a saúde; diminuir riscos de doenças crônicas; aliviar sintomas; auxiliar no diagnóstico e prevenir doenças. No entanto, o uso inadequado dos medicamentos produz sérias consequências na saúde dos indivíduos.

Dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX do ano de 2009 informaram que 27,86% das intoxicações registradas no Brasil foram por medicamentos contra 4,92% por agrotóxico agrícola e 3,16% por agrotóxico doméstico[1]. Em relação aos óbitos de intoxicação humana registrados, verificou-se que os mais altos índices foram: 41,22% por agrotóxicos de uso agrícola; 18,28% por medicamentos; e 13,07% por drogas de abuso[2]. Portanto, o uso indiscriminado, inadequado, inapropriado ou irracional dos medicamentos é a maior causa de intoxicação e a segunda maior de óbito por agentes tóxicos no país.

A prática da automedicação e da "polifarmácia" realizada pelo usuário decorrente da necessidade do uso de vários medicamentos sem prescrição ou orientação; a prescrição inadequada dos medicamentos por questões de ordem cultural, social e econômica e também, muitas vezes descumprindo os procedimentos clínicos; entre outros, são fatores que reforçam o uso abusivo de medicamentos pela população.

A OMS estabeleceu doze intervenções para a promoção do uso racional de medicamentos. Dentre elas, destacam-se: a instituição de Comitê nacional multidisciplinar para coordenar as políticas de uso racional de medicamentos; educação médica continuada em serviço como requisito para registro profissional; informação fidedigna e isenta sobre medicamentos; educação dos usuários sobre medicamentos; não permissão a incentivos perversos; e regulamentação e fiscalização apropriadas.

Nesse contexto, a Portaria nº MS/GM nº. 1.555, de 27 de junho de 2007 criou o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM), cujas competências visam, em linhas gerais, identificar e propor estratégias de articulação e apoiar iniciativas para a promoção do URM.

[1] Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab10_brasil_2009.pdf. Acesso em: 07 de abril de 2011.
[2] Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab11_brasil_2009.pdf Acesso em: 07 de abril de 2011.

A Coordenação do Comitê Nacional é colegiada, 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.

No processo de consolidação da assistência farmacêutica no Brasil encontram-se experiências e estudos voltados a promoção do uso racional de medicamentos e que são importantes para a saúde pública brasileira, que valo¬rizam usuários, profissionais e pesquisadores da saúde que buscam a garantia do direito à vida. Assim, como forma de compartilhar essas experiências e estudos e também de incentivar a produção técnico-científica nessa área com aplicação no SUS e serviços de saúde, o Comitê nacional propôs a criação do Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos.

O Prêmio foi instituído pela Portaria GM nº 1.533, de 8 de julho de 2009 (BRASIL, 2009) com o objetivo de incentivar a produção técnico-científica voltada à promoção do uso racional de medicamentos com aplicação no Sistema Único de Saúde (SUS).

O evento veio somar às ações de políticas afirmativas em prol da conscientização da importância do uso racional de medicamentos na Assistência Farmacêutica. O Premio permite tratar o tema de forma mais pontual, proporcionando o fortalecimento do assunto no dia-a-dia do profissional, aprimorando cada vez mais a sua importância e servindo como premissa na evolução das atividades relacionadas.

O Concurso Público do I Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – ano 2009 foi regido por meio do Edital de Concurso nº 02/2009. Esta edição do Prêmio contemplou seis categorias nas áreas de serviços e acadêmicas. Houve a inscrição de 103 projetos. Foram selecionados, em cada categoria, um trabalho destinado a receber prêmio em dinheiro e três menções honrosas, totalizando 24 trabalhos premiados que ora são apresentados neste livro.

O Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos traduz a busca da valorização do 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 no Brasil.

Introdução

O Comitê Nacional para promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPPURM) foi criado com o objetivo de propor Diretrizes e Estratégias Nacionais para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, em consonância com as Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica. Além desse são também objetivos do Comitê propor, articular e apoiar ações voltadas ao Uso Racional de Medicamentos junto a gestores, profissionais de saúde, usuários e academia e ainda fomentar iniciativas de pesquisa e desenvolvimento científico, tecnológico e profissional relacionadas ao Uso Racional de Medicamentos.

Por isso, nada mais adequado ao Comitê do que propor a criação de um concurso que incentivasse a produção de pesquisas bem como relatos de experiências relacionados ao Uso Racional de Medicamentos, não só nas instituições de ensino, mas também nos serviços e nas entidades.

Assim, o Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNIPURM) foi instituído pela Portaria GM nº 1.533 em 8 de julho de 2009, cujo objetivo é o de premiar e reconhecer o mérito do trabalho de profissionais nos serviços de saúde e entidades/instituições com impacto na promoção do uso racional de medicamentos no SUS e de pesquisadores e profissionais com trabalhos voltados à promoção do uso racional de medicamentos com aplicabilidade no SUS e serviços de saúde.

Visando uma ampla participação tanto da academia como das entidades/instituições, foram criadas seis categorias:

I) experiências de profissionais nos serviços de saúde;
II) Tese de Doutorado;
III) Dissertação de Mestrado;
IV) monografia de Especialização e/ou Residência;
V) trabalhos em nível de Graduação; e
VI) trabalhos desenvolvidos em entidades/instituições.

Os trabalhos foram escritos na forma de relatos ou artigos que contemplaram experiências ou textos acadêmicos referentes aos quatro eixos estabelecidos pelo CNPURM: regulação, educação, informação e pesquisa.

Como prova do acerto da proposta, já nesta primeira edição foram inscritos 103 trabalhos, sendo 29 na categoria de trabalhos desenvolvidos em entidades/instituições, 26 na categoria de experiências de profissionais nos serviços de saúde, 18 dissertações de mestrado, 16 trabalhos em nível de graduação, 8 teses de doutorado e 6 monografias de especialização e/ou residência.

O fato de mais da metade dos trabalhos terem sido desenvolvidos em entidades e serviços de saúde mostrou a importância que o tema "uso racional de medicamentos" tem para estas instituições. E o número quase igual de trabalhos oriundos da academia sinaliza que esta também considera este um assunto preocupante.

Se considerados os quatro eixos estabelecidos no Edital do Prêmio, dos 103 trabalhos inscritos, a maioria foi do eixo pesquisa (58), seguido do eixo informação (19), educação (16) e, finalmente, do eixo regulação (10).

Os membros do Comitê e pareceristas "ad hoc" avaliaram os trabalhos inscritos de acordo com os oito critérios estabelecidos no Edital:

a) contribuição para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS;
b) contribuição para a promoção do uso racional de medicamentos;
c) consonância com as políticas nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica;
d) impacto sobre as práticas de saúde, na gestão e/ou nos indicadores de saúde;
e) relevância da incorporação dos resultados dos trabalhos para a melhoria do SUS e dos serviços de saúde;
f) viabilidade de incorporação pelo SUS e serviços de saúde;
g) potencial de inovação;
h) contribuição para o conhecimento científico relativo ao uso racional de medicamentos.

Dos 103 trabalhos inscritos 24 foram selecionados, sendo seis premiados e 18 menções honrosas. Dos 24 selecionados, quase um terço foram realizados em hospitais, incluindo universitários e hospitais sentinela e outro tanto foi realizado em farmácias e em unidades de saúde, incluindo equipes de saúde da família e ainda um centro de informação sobre medicamentos.

Entre os temas mais abordados encontramos os referentes à Assistência Farmacêutica, à prescrição, à automedicação e à propaganda de medicamentos. Temas que também apareceram demonstrando sua importância para o uso racional dos medicamentos foram as interações medicamentosas, os erros de diluição, a não adesão ao tratamento, o descarte de medicamentos e a judicialização.

Se considerarmos os programas de saúde, os trabalhos abrangeram a saúde indígena, a saúde mental, doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes, bem como a preocupação com o uso racional de medicamentos em crianças e idosos. Se levarmos em conta os medicamentos, foram estudados, entre outros, os antimicrobianos e os psicoativos, entre eles os ansiolíticos e antidepressivos.

Cumprindo com um dos objetivos do Prêmio de divulgar os trabalhos premiados e com menções honrosas no intuito de incentivar sua incorporação pelo SUS e serviços de saúde é que o CNPPURM apresenta esta publicação com os resumos dos trabalhos selecionados na primeira edição do Prêmio realizada em 2009.

Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos

O Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos

Os medicamentos na sociedade moderna, sobretudo a partir de seu processo de industrialização, foram assumindo conotações na vida dos indivíduos e da sociedade, assim como nos serviços de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso racional de medicamentos requer que "os pacientes recebam medicamentos apropriados para a sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade".

O fenômeno designado como doença é um tanto quanto complexo. Além de componentes de natureza subjetiva, implica em uma série de variáveis e determinantes de caráter sócio-econômico-cultural, apresentando muitas intercorrências que levam o individuo a procurar um serviço de saúde. O propósito, basicamente é alcançar alivio de sintomas ou cura da enfermidade, via de regra concluindo-se a visita com uma prescrição medicamentosa.

São múltiplos os fatores que interferem no papel que os fármacos desempenham. Os medicamentos são substâncias que se destinam a atuar em benefício da saúde do indivíduo. Em sentido amplo, desempenham a função de recuperar a saúde; diminuir riscos de doenças; aliviar sintomas; auxiliar no diagnóstico e prevenção de doenças, entre outros. No entanto, o uso inadequado dos medicamentos produz sérias conseqüências na saúde dos indivíduos. O uso excessivo e inadequado desperdiça recursos e resultam em dano significativo ao paciente, por conta dos resultados insatisfatórios e do incremento dos eventos adversos.

Institucionalmente no Brasil, a promoção do uso racional de medicamentos, conta com um marco proveniente da publicação da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e passou a ser uma das diretrizes e prioridades dessa Política. Conceitualmente estabeleceu-se que o uso racional de medicamentos "é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade".

A PNM estabeleceu, também, que o seu propósito determinante é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

Com a publicação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 338, de 06 de maio de 2004, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), os fundamentos da PNM foram reafirmados, tendo a promoção do uso racional de medicamentos se constituído num dos seus eixos estratégicos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

Em 2002, a OMS estabeleceu, entre as doze intervenções para a promoção do uso racional de medicamentos, uma primeira recomendando aos países membros que constituíssem comitês nacionais, estabelecidos de forma multidisciplinar para coordenar e implementar as políticas de uso racional.

Quanto ao órgão nacional multidisciplinar com autoridade para coordenar as políticas de uso de medicamentos, a OMS sugeriu, também, que a sua formatação poderia variar de acordo com o país, mas, em todos os casos, deveria envolver o Governo (MS), profissionais da saúde, academia, autoridade regulatória, indústria farmacêutica, grupos de consumidores e organizações não-governamentais envolvidas com cuidados de saúde. A garantia do uso racional viria a requerer muitas atividades adicionais que precisariam ser coordenadas com envolvimentos de muitos interessados.

Nesse contexto, o Comitê Nacional para promoção do Uso Racional dos Medicamentos foi criado através da Portaria nº 1.956, de 23 de agosto de 2006, como resolução aprovada no Seminário sobre Propaganda e Uso Racional de Medicamentos - Regional Norte e Centro-Oeste, realizado de 30/3 a 1/4 de 2006 em Belém-PA, pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), Fenam (Federação Nacional dos Médicos) e Fenafar (Federação Nacional dos Farmacêuticos).

Foi assinado um convênio da Anvisa com o MS para desenvolver ações para uso racional de medicamentos, possibilitando a criação de um comitê que apontasse diretrizes para o governo, sendo resultado do compromisso político para que a utilização dos medicamentos seja racional em todas as perspectivas.

Quando da realização da etapa nacional do referido seminário de 31 de agosto a 2 de setembro de 2006, em Brasília-DF, uma das propostas aprovadas foi o de "encaminhar as recomendações do Seminário Nacional sobre Propaganda e Uso Racional de Medicamentos para o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, definido pela Portaria 1.956/2006". Na prática, grande parte das ações definidas no Plano de Ação do Comitê tiveram como origem as recomendações do Seminário.

Posteriormente, houve redefinição da composição do Comitê tendo sido publicada a Portaria nº 1.555, de 27 de junho de 2007, que atribui ao mesmo as seguintes competências:

I - identificar e propor estratégias e mecanismo de articulação,de monitoramento e de avaliação direcionadas à promoção do Uso Racional de Medicamentos, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS;
II - propor Diretrizes e Estratégias Nacionais para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, em consonância com as Políticas Nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica e a legislação afim;
III - identificar e propor estratégias voltadas à articulação entre órgãos e entes federais, estaduais, municipais e distritais, instituições de ensino superior, associações, entidades e organismos nacionais e internacionais, direcionadas à programação do Uso Racional de Medicamentos;
IV - contribuir, por meio da Promoção do Uso Racional de Medicamentos, para a ampliação e a qualificação do acesso a medicamentos de qualidade, seguros e eficazes;

V - contribuir com o aprimoramento dos marcos regulatórios e a vigilância de medicamentos e serviços farmacêuticos no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);
VI - propor o Plano de Capacitação de Profissionais de Saúde para o Uso Racional de Medicamentos;
VII - propor, articular e apoiar ações voltadas ao uso Racional de Medicamentos junto a gestores, profissionais de saúde, usuários e academia;
VIII - fomentar iniciativas de pesquisa e desenvolvimento científico, tecnológico e profissional relacionadas ao Uso Racional de Medicamentos;
IX - propor diretrizes e colaborar com a consolidação das ações de Farmacovigilância no âmbito da Assistência Farmacêutica e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), estimulando a notificação e a retroalimentação do sistema quanto à segurança e à eficácia dos medicamentos, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS; e
X - fomentar o estabelecimento e articular redes colaborativas relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos, bem como propor interfaces e cooperação com redes já existentes no País e no exterior.

Ao Comitê coube a tarefa de elaborar um Plano de Ação que resultou de um esforço coletivo dos diversos representantes, tendo como propósito consolidar as prioridades de ações a serem desenvolvidas voltadas à promoção do uso racional de medicamentos no Brasil.
De forma a garantir a organicidade das ações, o plano foi estruturado em quatro eixos: regulação, educação, informação e pesquisa.

No eixo da regulação, como exemplo, foram aprovadas recomendações que contribuíram para instituição das Boas Práticas Farmacêuticas aprovadas pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa nº 44, de 17 de agosto de 2009 e, a aprovação das diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais por meio da Portaria nº 4.283, de 30 de dezembro de 2.010.

Com destaque no rol das inúmeras ações desenvolvidas ao longo desses anos desde a sua criação, o CNPURM propôs a criação de um prêmio nacional objetivando incentivar a produção técnico-científica voltada ao uso racional de medicamentos. Assim, o "Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos" foi criado por meio da Portaria MS nº 1.533, de 08 de julho de 2.009.

Já a partir da primeira edição em 2009 ficou patente o interesse no tema, expresso no montante de trabalhos, na sua maioria, com impacto e qualidade. Os trabalhos foram escritos na forma de relatos ou artigos que contemplaram experiências ou textos acadêmicos referentes aos quatro eixos estabelecidos pelo CNPURM: regulação, educação, informação e pesquisa.

Nesta primeira edição foram inscritos 103 trabalhos, sendo 29 na categoria de trabalhos desenvolvidos em entidades/instituições, 26 na categoria de experiências de profissionais nos serviços de saúde, 18 dissertações de mestrado, 16 trabalhos em nível de graduação, 8 teses de doutorado e 6 monografias de especialização e/ou residência.

Portanto, mais da metade dos trabalhos foram desenvolvidos em entidades e serviços de saúde mostrando a importância do uso racional de medicamentos para estas instituições. O Comitê Nacional houve por bem publicar a íntegra dos mesmos, consciente de que esta será mais uma de suas iniciativas que podem vir a contribuir para a utilização adequada e racional dos medicamentos, objetivo precípuo para o qual o Comitê foi criado.

Comissão Julgadora

- Adriana Cristina Paes – Secretaria Executiva – SE/MS
- Célia Machado Gervásio Chaves – Federação Nacional dos Farmacêuticos – FENAFAR
- Christophe Jacques Rerat – Organização Pan-Americana de Saúde – Opas
- Eduardo Santana – Federação Nacional dos Médicos – FENAM
- Esdras Daniel dos Santos Pereira – Secretaria de Gestão Participativa – SGEP/MS
- Fernanda Junges – Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES-DF
- Giselle Silva Calado – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS
- Jarbas Tomazoli Nunes – Conselho Federal de Farmácia – CFF
- José Carlos Prado Júnior – Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS
- Luiz Henrique Costa – Organização Pan-Americana de Saúde – Opas
- Marisete Medianeira Dalenogare – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde – DAF/SCTIE/MS;
- Ricardo Chiappa – União Educacional do Planalto Central – UNIPLAC
- Rodrigo César Faleiro de Lacerda - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – Conasems
- Samir Najjar – Conselho Federal de Odontologia – CFO
- Silvana Nair Leite Contezini – Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI
- Tassiana Fronza – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE/MS
- Thais Helena Abrahão Thomaz Queluz – Ministério da Educação – ME

Entrevistas

Marcelo de Araújo Cosendey

"Essa importante iniciativa de Promoção do Incentivo ao URM no SUS é de grande relevância para a melhoria da qualidade, da segurança, da racionalidade e da eficiência das ações assistenciais desenvolvidas no âmbito do SUS. O Concurso é uma oportunidade para o desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados aos desafios para a implantação de uma Política do Uso Racional de Medicamentos no SUS, que pode servir de base para ações concretas que qualifiquem a atenção à saúde dos usuários desse sistema.

Considero o Prêmio como uma importante iniciativa do MS para a busca contínua da garantia da qualidade e da segurança das ações assistenciais desenvolvidas no SUS, assim como para a colocação do tema URM na agenda pública de saúde e nos processos de graduação e pós-graduação dos profissionais da área da saúde que direta ou indiretamente atuam no SUS.

A importância de viabilizar ações que fortaleçam a integração entre serviço/ensino, de modo que temas relevantes como o URM e outros façam parte dos processos de formação é grande. Bem como a educação permanente em saúde para os profissionais envolvidos com a construção de um SUS mais humanizado e mais comprometido com os seus princípios norteadores, além da qualidade e da segurança de suas ações cotidianamente disponibilizadas para a população brasileira."

Reginaldo Teixeira Mendonça

"Participar do Concurso foi, sem dúvidas, o momento de fortalecer minha trajetória como pesquisador, revelando uma perspectiva que estuda o medicamento a partir da sociedade. Geralmente as pesquisas partem dos serviços de saúde, dos laboratórios, do medicamento, este sendo o símbolo maior na pesquisa, levando as metodologias de pesquisa a se apoiarem neste eixo, construindo métodos e técnicas para este fim. Percebi que as metodologias pouco se orientam tendo o ser humano antecedendo o medicamento. Desse modo, precisei pesquisar utilizando novas metodologias, como as utilizadas geralmente nas ciências sociais e humanas.

Tanto no mestrado como no doutorado, sendo um o aprofundamento do outro, em interlocução, principalmente em termos metodológicos, podemos dizer que a minha trajetória como pesquisador buscou e tem buscado o diálogo e a interação com o que se chama de Farmácia Social, analisando o encontro entre produtos farmacêuticos e a população. Desse modo, no decorrer da pesquisa procurei me afirmar como ponto de encontro entre Farmácia e Sociedade, foi onde me fixei.

Achei que era o momento de divulgar uma série de metodologias que são pouco utilizadas na Farmácia. Portanto, participar do concurso seria o momento de expressar o conhecimento adquirido, divulgá-lo, colaborando para que outras pessoas possam conhecer o meu trabalho, além do ambiente acadêmico, possibilitando e ampliando o poder de transformações tanto no campo científico como na sociedade.

Assim, percebi que a divulgação destas novas perspectivas estaria condizente com dois eixos, um que partia em direção à estrutura governamental, representada pelo Ministério da Saúde, e a outra rumo a sua publicação frente à sociedade. Tinha visto no site do Ministério da Saúde e percebi que poderia participar do concurso. Afinal, seria uma forma de divulgar a pesquisa de doutorado e divulgar outros trabalhos a serem desenvolvidos, fortalecendo também a perspectiva teórica e interdisciplinar."

Camilo Molino Guidoni

"O Prêmio Uso Racional de Medicamentos é uma oportunidade para os pesquisadores demonstrarem tecnologias que possam contribuir para o uso correto e seguro dos medicamentos. Além disso, podem demonstrar os impactos clínicos e econômicos gerados para a saúde pública, devido a utilização inadequada dos medicamentos pelos pacientes. Dessa forma, vi neste prêmio, organizado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS), a oportunidade de demonstrar o trabalho que desenvolvi durante meu mestrado, tendo a esperança de poder contribuir na promoção do uso racional de medicamentos para o sistema público de saúde, por meio da metodologia e da tecnologia empregada nesse estudo.

Após a realização da premiação, ganhei mais ânimo e força para continuar meus estudos na promoção do uso racional de medicamentos, área esta que considero incipiente no país, principalmente nas Faculdades de Farmácia. Todos meus estudos subseqüentes estão voltados para este tema. Além disso, tive acesso aos outros trabalhos e experiências desenvolvidas em outras partes do país, o que contribuiu e contribui para melhoria do meu conhecimento e de minhas pesquisas neste tema, além da possibilidade de contato e colaborações com outros pesquisadores.

No meu retorno a Ribeirão Preto-SP, a diretoria da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, me homenageou pelo recebimento da premiação, sendo um reconhecimento institucional da importância da premiação e do tema no âmbito das Ciências Farmacêuticas.

Toda e qualquer medida que venha somar esforços para a melhoria da saúde pública brasileira deve ser valorizada e apoiada, como é o caso do Prêmio Uso Racional de Medicamentos. Existe o valor financeiro para os vencedores por categoria, mas a oportunidade de poder contribuir nacionalmente com a saúde pública é algo imensurável e que considero mais importante nesta premiação. A desigualdade em todos os setores no país é extrema e iniciativas como esta podem auxiliar a diminuir tais extremos, principalmente para as classes menos favorecidas.

Um ponto importante para abordamos no prêmio é o fato do incentivo aos pesquisadores nacionais, para investirem em pesquisas relacionadas a este tema do conhecimento. Mas é claro que este não é o único e nem o principal motivo para realizar tais pesquisas. Sabemos que os medicamentos são uma das principais causas de intoxicações no país, além do fato de que muitos pacientes utilizam de forma inadequada ou deixam de utilizar quando necessário, onerando o sistema público de saúde.

No mais, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS) recebe diferentes trabalhos de diversas partes do país com a organização desta premiação, podendo assim utilizar estas idéias e conhecimentos para continuar a desenvolver e melhorar as ações para o uso racional dos medicamentos em âmbito nacional, melhorando a saúde pública brasileira."

Mariana Martins Gonzaga do Nascimento

"A premiação, além da projeção em meio aos colegas, me proporcionou um apoio financeiro para prosseguir com meus estudos, agora na área do mestrado, mas sempre com o objetivo de promover o Uso Racional de Medicamentos.

Sinto que o prêmio é de valia inestimável. Na área de medicamentos, é costumeira a premiação e valorização de pesquisas e esforços no sentido de descoberta de novos fármacos. No entanto, pesquisas na área social e no âmbito prático dos serviços de saúde normalmente são tratadas como secundárias no meio acadêmico.

Me deixa muito feliz e realizada em ver que o que tenho feito e aquilo pelo o que tantos colegas lutam está sendo valorizado pelo Governo. Afinal, o que fazemos, contra tudo e contra todos, é em prol do desenvolvimento nacional. "

Joceléia Aparecida Magni

"A mudança maior foi o reconhecimento de professores, colegas e Instituição Formadora pelo primeiro lugar na Premiação. Acredito que o fato de ter ganho o prêmio, com certeza estimulará a publicação de trabalhos voltados as necessidades da população no SUS. Principalmente pesquisas de uso racional de medicamentos e assistência farmacêutica.

Os critérios de avaliação apresentados no edital e a importância política da composição da comissão julgadora, indicam a importância desse evento para estimular publicações cientificas e olhares da Academia para a Assistência Farmacêutica no SUS. E essas são mudanças que considero necessárias para o fortalecimento das diretrizes da Política de medicamentos no Brasil."

Grazielle Massariol Mori

"A idéia de realizar ações que viabilizariam a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) já existia. No entanto, a prática só foi efetivada no início de 2009, período no qual iniciamos a busca por parcerias. Desde o período acadêmico, sempre me interessei por essa área, tanto que meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi relativo ao URM. A iniciativa de participar do concurso teve por objetivo evidenciar que as ações inovadoras realizadas no cotidiano profissional podem trazer grandes resultados.

Acho que o Prêmio é um mecanismo para alavancar e estimular a realização de atitudes inovadoras no âmbito da Assistência Farmacêutica. Essas iniciativas são responsáveis por uma mudança radical no perfil da Assistência Farmacêutica, especialmente a municipal, que deve ser cada vez mais aprimorada.

A conquista do Prêmio teve um grande significado em minha vida profissional, já que demonstrou o reconhecimento de práticas simples, mas que atendem às necessidades reais da população. Existe uma preocupação errônea de alguns gestores em garantir apenas o acesso aos medicamentos sem se preocupar com o URM, o que é uma tendência inadequada.

Um dos aspectos importantes a se frisar foi a sensibilização dos gestores municipais nesse aspecto, ratificado através da realização da V Conferência Municipal de Saúde, cujo tema foi "A importância da informação como estratégia para o alcance do URM". Neste momento, puderam ser discutidas propostas e estratégias que viabilizariam o alcance do URM por parte de todos os segmentos da sociedade.

Enfim, acredito que os farmacêuticos devem aproximar-se da comunidade para conhecer os reais anseios da mesma, bem como trabalhar de forma abrangente e interdisciplinar para que sejam traçadas estratégias que irão proporcionar a concretização real dos princípios organizacionais que regem o Sistema Único de Saúde."

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos
2009

Categoria:
Experiências de Profissionais nos Serviços de Saúde

TRABALHO PREMIADO

Avaliação do Conhecimento Sobre Interações Medicamentosas entre os Médicos Residentes de um Hospital Universitário do Sistema Único de Saúde Brasileiro

Autor: Marcelo de Araujo Cosendey
Contato: cosendey@ufpr.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Desde sua criação, os Programas de Residência Médica dos hospitais universitários são um dos grandes provedores de profissionais prescritores no dia a dia desses hospitais. Além de representarem um quantitativo expressivo de médicos prescritores, esses residentes são responsáveis por um percentual extremamente significativo das prescrições diárias nesses hospitais. No entanto, de forma não correspondente, durante a graduação desses médicos não se observa uma preocupação criteriosa e fundamentada acerca da qualidade da formação nas disciplinas que fundamentarão suas decisões farmacoterapêuticas. Como consequência, observamos médicos inexperientes, tomando decisões, principalmente farmacoterapêuticas, sem uma base de conhecimento científico adequada. Um dos aspectos relacionados ao problema se refere às Interações Medicamentosas. A presente pesquisa, financiada pela ANVISA como parte do Projeto Hospital Sentinela do HC/UFPR, visou uma avaliação mais precisa acerca dos conhecimentos dos médicos residentes sobre as principais interações medicamentosas, assim como a avaliação da qualidade de suas formações sobre o tema. Por fim, o baixo número de pesquisas e ações sobre o tema Interações Medicamentosas no contexto da assistência de alta complexidade dos hospitais universitários, tem sido um fator perpetuador de constantes decisões de prescrições farmacoterapêuticas com escassa justificativa científica, levando ao uso pouco racional de medicamentos nesses hospitais e acarretando custos e, principalmente, riscos desnecessários para os nossos pacientes.

Introdução

O Hospital de Clínicas é um Hospital Escola da UFPR, o maior hospital público do estado do Paraná e formador de especialistas nas várias áreas do conhecimento médico. É um hospital terciário de alta complexidade que contempla a formação de 40 especialistas médicas em nível de pós-graduação em residência médica, contando com 238 vagas no ano de 2007. A qualidade da formação destes profissionais passa por linhas de construção do conhecimento, dentre elas as aulas teóricas, as aulas práticas na beira do leito, a participação em pesquisas científicas e as avaliações teóricas e práticas. Por outro lado, a inexistência de disciplinas formais de "Farmacovigilância" e "Farmacologia Clínica e Terapêutica" nos cursos de Residência Médica da atualidade justifica a preocupação sobre a qualidade e a segurança das prescrições médicas resultantes de suas práticas cotidianas, dado que o conhecimento dos parâmetros

farmacocinéticos de todas as drogas envolvidas em um tratamento polimedicamentoso, assim como dos mecanismos moleculares de ação destas, permite prever o potencial de interações, prevenindo o aparecimento de reações adversas graves, de toxidade ou mesmo da perda do efeito terapêutico das drogas envolvidas[1]. Além disso, o conhecimento sobre os medicamentos utilizados é primordial para a melhor prática médica permitindo o aumento da sua qualidade e segurança. Por fim, nesse aparente contexto de pequena percepção da importância das Interações Medicamentosas sobre os conhecimentos e práticas médicas aumenta a probabilidade de ocorrência de conseqüências indesejáveis sobre os pacientes e sobre o Sistema de Saúde como um todo. Segundo Wong [2], "É igualmente preocupante a constatação do desconhecimento sobre reações adversas e riscos das interações de drogas entre os nossos médicos e doutorandos. Pesquisa que realizamos entre formandos de uma das melhores faculdades de medicina do país, indicou que mais de 90% desses não conseguiam identificar graves interações de drogas usadas corriqueiramente". Por sua vez, Tobaiqy et al. [3], 60ª 75% dos médicos residentes do primeiro ano relataram reações adversas e interações potencialmente evitáveis, muitas das quais poderiam ter sido evitadas se fosse dada maior atenção aos temas na graduação médica. Ainda corroborando a importância do tema, a incidência de interações medicamentosas oscila entre 3 e 5% em pacientes fazendo o uso de várias drogas, chegando a 20% naqueles que fazem uso de mais de 10 drogas[4]. Com base nesses valores, somente no HC-UFPR, tais percentuais podem acarretar números expressivos entre 69e 412 casos de interações medicamentosas por ano. Em outro hospital universitário da cidade de São Paulo-SP, Cruciol-Souza e Thomson [5], demonstraram que das 1785 prescrições analisadas, foram identificadas interações medicamentosas em 887(49,7%). O número de interações por prescrição variou de 1 a 22, com uma média de 3. Outro aspecto importante se refere às populações mais suscetíveis de serem vítimas de interações medicamentosas. Dentre essas, se destacam a dos pacientes pediátricos, geriátricos e psiquiátricos. Por exemplo, Miyasaka e Atallah [6] descreveram que entre 7.242 pacientes de um hospital público de São Paulo-SP, 169 encontravam-se em uso de anti-depressivo (2,3%), sendo que desses, 36(21,3%) apresentaram vinte diferentes formas de interações medicamentosas. Ainda segundo Correr et al. [7], a análise de registros clínicos de 76 pacientes de uma instituição geriátrica do município de Apucarana-PR, identificou 69 potenciais interações medicamentosas em 38 pacientes (51,3%). No que se refere aos pacientes pediátricos, contribuem para sua maior susceptibilidade, tanto os efeitos das características fisiológicas típicas dessa fase da evolução dobre a absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos medicamentos, como também o fato dessa população pediátrica ser excluída dos estudos clínicos controlados comumente realizados para a aprovação da comercialização de novos medicamentos em nosso país. Por fim, concordando com Wong, "esses fatos indicam a necessidade premente de intensificar a preparação dos nossos médicos na arte de prescrever e curar, recebendo melhores informações e dispondo de medicamentos seguros e eficazes, que tenham sido submetidos a ensaios clínicos de boa qualidade".

Objetivos

Objetivo Primário: Avaliar o nível de informação dos médicos residentes sobre interação medicamentosa.
Objetivos Secundários: 1. Identificar a auto-percepção dos médicos residentes acerca do conhecimento sobre Interações Medicamentosas. 2. Avaliar a importância da interação medicamentosa dentre os critérios de escolha terapêutica no ato prescritivo dos médicos residentes. 3. Iniciar processo de sensibilização acerca da importância do tema da interação medicamentosa na formação médica contemporânea, despertando o

debate sobre a pertinência de uma disciplina de Farmacologia Clínica e Terapêutica na grade curricular do Curso de Medicina, bem como seu reforço durante os cursos de residência médica. 4. Sensibilizar os médicos residentes acerca de seu papel formador de opinião sobre a importância da Interação medicamentosa em suas relações com os pacientes, os alunos da graduação e o staff do hospital em questão.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa tipo survey na qual um questionário contendo 29 perguntas foi aplicado pessoalmente a 174 dos 235 médicos residentes de um hospital universitário, sem direito a consultas bibliográficas ou de qualquer outra natureza. Os entrevistados se encontravam entre o primeiro e o quinto ano dos seus respectivos programas de residência. A escolha dos entrevistados se deu de maneira aleatória nas diversas especialidades médicas. Dentre as perguntas, as 15 primeiras se referiam aos aspectos relacionados ao ensino e aos conhecimentos dos médicos residentes sobre as interações medicamentosas. As demais questões diziam respeito ao conhecimento específico sobre as interações medicamentosas mais graves decorrentes das associações medicamentosas mais utilizadas na prática clínica rotineira, cujos resultados não serão discutidos nesse artigo. Os questionários alimentaram uma base de dados desenvolvida no software Microsoft Office Access 2003. Dessa base foram extraídas planilhas eletrônicas no software Microsoft Office Excell 2003 que originaram os gráficos utilizados para a análise das respostas efetuadas pelos entrevistados.

Resultados

Os resultados obtidos na pesquisa demonstraram um quadro preocupante, devido a vários aspectos, dentre eles: 1) uma elevada insegurança pelos médicos entrevistados, em relação à prevenção de interações medicamentosas nos seus atos prescritivos; 2) Uma avaliação precária por parte desses médicos em relação à quantidade e à qualidade das disciplinas que deveriam lhes prover a base científica para suas escolhas terapêutica; 3)Um desconhecimento significativo das principais interações medicamentosas; 4) Tomadas de decisões terapêuticas fortemente em bases medicamentosas, associadas a um preocupante perfil de embasamento científico dessas decisões; 5) Elevada subnotificação das RAM decorrentes de interações medicamentosas; 6)Baixa clareza da relação custo-benefício das escolhas terapêuticas mais frequentes; 7) Baixa consciência da dimensão das interações medicamentosas como base de eventos adversos frequentemente observados em pacientes - principalmente os recém-natos, as grávidas e os idosos; 8)Quadro bastante preocupante e desfavorecedor da implantação de uma política de Uso Racional de Medicamentos no Hospital.

Conclusão

Considerando os resultados alcançados nessa pesquisa, ficaram claras algumas situações problemáticas que provavelmente impactam de forma significativa sobre a morbi-mortalidade e os custos hospitalares. A primeira delas se refere à insegurança e ao conhecimento insuficiente por parte dos médicos recém formados ao prescreverem medicamentos rotineiramente usados na prática clínica hospitalar. Esse fato provavelmente está diretamente relacionado à pequena relevância da disciplina de farmacologia básica na grade curricular - tanto que alguns residentes nem lembravam sua duração - e à inexistência

da disciplina de farmacologia clínica e terapêutica na graduação médica. A esse respeito, propomos a abertura de um debate junto aos meios acadêmicos de modo a viabilizar a implementação da disciplina de farmacologia, assim como a implantação da disciplina de farmacologia clínica e terapêutica, com ênfase no tema das interações medicamentosas. Outra questão importante se refere a provável existência de subdiagnóstico e sub-notificação das interações medicamentosas por parte dos médicos residentes, provocando desdobramentos evitáveis que muitas vezes, podem ser maléficos aos pacientes. Também destacamos a necessidade de um maior investimento e incentivo às ações de farmacovigilância no ambiente hospitalar, de modo a tornar possível o monitoramento contínuo e o desenvolvimento de ações que previnam os eventos adversos relacionados aos medicamentos de uma forma geral e as interações medicamentosas de uma forma específica. Com o intuito de minimizar os subdiagnósticos Bohomol[8] propõe que "o gerenciamento da qualidade da assistência deve incentivar as ações de participação e valorização dos profissionais, desenvolvendo uma cultura não punitiva dentro das instituições." Por fim, cabe ressaltar a importância da criação de mecanismos que assegurem a colocação do tema interações medicamentosas como um problema pungente para a educação médica contemporânea.

Referências

[1] **WONG, A**. Os Usos Inadequados e os Efeitos Adversos de Medicamentos na Prática Clínica. Jornal de Pediatria, (Rio J) vol. 79 no.5 Porto Alegre Set./Out. 2003.

[2] **WONG, A**. Os Usos Inadequados e os Efeitos Adversos de Medicamentos na Prática Clínica. Jornal de Pediatria, (Rio J) vol. 79 no.5 Porto Alegre Set./Out. 2003.

[3] **TOBAIQY, M.; MCLAY, J.; ROSS, S.** Foundation Year 1 Doctors and Clinical Pharmacology and Therapeutics Teaching. A Retrospective View in Light of Experience. ***British Journal of Clinical Pharmacology***, 64:3.363-372, 2007.

[4] **CORRER, C.J. ; PANTAROLO, R. ; FERREIRA, L. C. ; BAPTISTÃO, S. A. M.** Risco de Problemas Relacionados com Medicamentos em Pacientes de uma Instituição Geriátrica. ***Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas***, Vol 43 n.1,jan/mar,2007.

[5] **CRUCIOL-SOUZA, J. M. AND THOMSON, J. C. A** Pharmacoepidemiologic Study of Drug Interactions in a Brazilian Teaching Hospital. CLINICS, 61(6):515-20,2006.

[6] **MIYASAKA, L.S. e ATALLAH, A.N.** Risco de Interações de Drogas: Combinações de Uso de Antidepressivos e Outras Drogas. Revista de Saúde Pública, 37(2):212-5, 2003.

[7] **CORRER, C.J. ; PANTAROLO, R. ; FERREIRA, L. C. ; BAPTISTÃO, S. A. M.** Risco de Problemas Relacionados com Medicamentos em Pacientes de uma Instituição Geriátrica. ***Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas***, Vol 43 n.1, jan/mar, 2007.

[8] **BOHOMOL, E. e RAMOS, L. H.** Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. ***Revista Brasileira de Enfermagem***, Brasília 2007 jan-fev; 60(16):32-6.

MENÇÃO HONROSA

Contribuição da Farmácia na prescrição e uso racional de albumina humana em um hospital de grande porte

Autores: Wladimir Mendes Borges Filho[2] ; Silvana Maria de Almeida[4], Fábio Teixeira Ferracini[3]; Constantino José Fernandes Jr[1]
Instituição: Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo – Brasil - 1.Gerente Médico; 2. Gerente Farmácia; 3. Coordenador Farmácia Clínica; 4. Farmacêutica Clínica
Contato: wladimir@einstein.br; cim@einstein.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A albumina humana, comercialmente disponível na apresentação de frasco-ampola 50ml a 20%, é um medicamento de ampla utilização nos Hospitais e que além de ter custo elevado e processo de fabricação complexo, sua prescrição e dispensação geralmente são acompanhadas por controles envolvendo a farmácia e gestores. Nem sempre está associada unicamente à análise técnica da indicação do medicamento. Em 2004, a ANVISA através da publicação da Resolução RDC nº 115, de 10 de maio de 2004 estabelece as diretrizes para o uso da albumina humana. Desta forma para adequação da rotina interna o Hospital Israelita Albert Einstein implantou uma rotina de acompanhamento da prescrição da albumina pelo farmacêutico, com objetivo de garantir o uso racional, evitar gastos desnecessários e problemas com as operadoras de planos de saúde. O envolvimento do Farmacêutico no processo de verificação da indicação e justificativa do uso do medicamento representa processo seguro ao paciente, garantindo que ele receba o medicamento para a indicação correta, reduzindo com isto a probabilidade de erros e eventos adversos, e contribui para minimizar burocracias. Além da garantia do uso racional da albumina, o ganho econômico justifica a inclusão de farmacêuticos no acompanhamento da prescrição médica do medicamento.

Introdução

A albumina é uma proteína endógena presente em grande concentração no plasma humano e cuja concentração plasmática é a mais elevada. Seu peso molecular é de 68.000 Daltons e é a principal responsável pela manutenção da pressão oncótica intravascular. É sintetizada no fígado, pelos hepatócitos(1,2). A síntese diária média de albumina é de 120 a 200 mg/Kg de peso e o tempo médio de síntese é de 20 minutos (3) . Dois terços da albumina corporal estão no compartimento extravascular e apenas um terço no setor intravascular . As soluções de albumina para uso terapêutico são obtidas a partir do fracionamento industrial do plasma

humano (4,5) . O plasma que se destina à indústria de fracionamento pode ser colhido por aférese ou ser proveniente de uma doação de sangue total. Neste último caso, o plasma é excedente do uso terapêutico. De acordo com a FDA (Food and Drug Administration), que é a agência reguladora americana para produtos da área de saúde, a cada ano cerca de 14 milhões de unidades de sangue são coletados de cerca 8 milhões de doadores voluntários para obtenção de componentes do sangue que são transfundidos diretamente em mais de 3,5 milhões de americanos. Nos EUA estima-se que mais de 400.000 pacientes por ano utilizem a albumina humana (1,2,5,6,7) . Diante da dificuldade do processo de produção e obtenção da albumina, que envolve muitos custos, e da grande polêmica quanto as suas indicações de uso, muitos centros têm desenvolvido estudos e protocolos para sua adequada utilização. No Brasil, em 2004 a ANVISA (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária), através da publicação da Resolução RDC nº 115, de 10 de maio de 2004 "Diretrizes para o uso de Albumina" (4) , estabelece as diretrizes para o uso da albumina humana. Visando com isto criar critérios para embasar a indicação correta do medicamento na prática clínica nos Hospitais.

Objetivos

Redução em 50% das prescrições de albumina com indicação não fundamentada na instituição em acordo com a Resolução "RDC nº 115, de 10 de maio de 2004" no período de janeiro a outubro de 2007.

Metodologia

O Hospital Israelita Albert Einstein é um hospital quaternário. Possui cerca de 500 leitos distribuídos em 13 unidades de clínica médica cirúrgica e UTI adulto e CTI pediátrica e possui um farmacêutico clínico por unidade de internação. Durante um período de 30 dias (dezembro 2006) foi realizada uma análise prospectiva preliminar utilizando as prescrições médicas de pacientes com albumina humana e avaliadas as indicações terapêuticas em relação às diretrizes estabelecidas pela resolução ANVISA RDC 115. Durante este período foram identificados que 42% das prescrições foram classificadas como não fundamentadas e 35% discutíveis. Após esta primeira análise, foi instituída a rotina de acompanhamento diário as prescrições de albumina pelos farmacêuticos e intervenção junto aos médicos naquelas cuja indicação não estivesse disponível ou que era classificada como não fundamentada. O acompanhamento diário das prescrições de albumina humana pelos farmacêuticos são realizadas utilizando-se informações disponíveis nos prontuários dos pacientes. Os farmacêuticos identificam e classificam a prescrição através da análise da prescrição diária e utilizando as diretrizes estabelecidas pela resolução RDC 115 ANVISA. Os dados são relatados diariamente e compilados mensalmente e disponibilizados aos gestores através de relatório.

Resultados

De janeiro a outubro de 2007 foram consumidos 14.799 frascos 50ml de albumina 20%. Destes, 4.191 (28,3%) com indicação não fundamentada com perda de R$ 1,36 milhões. Já em 2008

(de janeiro a outubro) foram prescritas 13.519 frascos 50ml de albumina 20%. Destes 1.648 (12,2%) com indicação não fundamentada com perda de R$ 535 mil; A relação entre o risco da perda financeira e quantidade consumida (valor total de perda/qtd total consumida) de janeiro a outubro de 2007 foi de 91,99. Já no mesmo período em 2008 foi de 39,60.

Conclusão

A atuação farmacêutica frente às prescrições de albumina representou impacto positivo em relação à adequação da prescrição, contribuindo para o uso racional e também representando impacto econômico significativo. O impacto econômico em relação ao uso desnecessário de albumina pode justificar a contratação de farmacêuticos que contribuíram com este e outros processos de uso seguro e racional de medicamentos dentro do Hospital.

Referências

1- TULLIS, James L. Albumin: 1. Background and use. JAMA, Chicago, v. 237, n. 5, p. 355-359, jan. 1977.

2- TULLIS, James L. Albumin: 2. Guidelines for critical use. JAMA, Chicago, v. 237, n. 5, p. 460-463, jan. 1977.

3- LEWIS, R.T. Albumin: role and discriminative use in surgery. Canadian Journal of Surgery, Canada, v. 23, n. 4, p. 322-328, jul. 1980.

4- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 115, de 10 de maio de 2004. Aprova as Diretrizes para o uso de Albumina. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 maio 2004. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=11025>. Acesso em: 01 dez 2006.

5- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Annex 4: WHO recommendations for the production, control and control and regulation of human plasma for fractionation. Available from: www.who.int/biologicals/publications/ECBS%202005%20Annex%204%20Human%20Plasma%20Fractionation.pdf. Access in: 01 dez. 2006. Adotado pelo 56th meeting of the WHO Expert Committee on Biological Standardization, 24-28 oct. 2005.

6- MATOS, G.C.; ROZENFELD, S. Avaliação do uso de albumina humana em hospital do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de saúde pública / Ministério daSaúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1224-1233, jul-ago, 2005.

7- VARGAS, E.; MIGUEL, V.; PORTOLES, A.; AVENDANO, C.; AMBIT, M.I.; TORRALBA, A. Use of Albumin in two Spanish university hospitals. European

MENÇÃO HONROSA

Otimização da prescrição eletrônica, baseada no estudo avaliativo, desenvolvido pela Farmácia da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo

Autoras: Sonia Cassiolato e Sírlei Teresinha de Alcântara
Instituição: Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Brasil
Contato: scassiolato@hcrp.usp.br e salcantara@hcrp.usp.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A promoção do uso racional de medicamentos (URM) é um componente muito importante da política nacional de medicamentos. A falta de acesso a um tratamento adequado, os erros de medicação, a falta de orientação quanto ao tratamento, constituem grave problema de saúde pública em todo o mundo, com grandes consequências econômicas. Um dos mecanismos, para evitar erros de medicação, é adequar os sistemas da cadeia terapêutica, de forma que possam estabelecer controle rigoroso sobre a prescrição, a aquisição e o uso de medicamentos. Algumas das intervenções mais eficientes, baseadas em sistemas, utilizam a tecnologia da informação, que é particularmente eficaz no aprimoramento da exatidão de tarefas simples e repetitivas. Essas intervenções incluem a prescrição médica eletrônica, utilização de códigos de barras nos medicamentos e braceletes nos pacientes. Embora tais estratégias tenham se mostrado eficientes na redução dos erros, a que apresenta melhores evidências, até o momento, é a prescrição médica eletrônica, uma intervenção baseada em sistemas, que tem, como alvo, o estágio de prescrição das medicações. O processo de informatização apresenta-se como a tecnologia apropriada a esse tipo de controle. Inserido em tal contexto, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP (HCFMRP-USP) vem investindo fortemente nesse processo, gerenciando medicamentos através do Sistema de Prescrição Eletrônica, implantado desde o ano de 1998 e que apresenta uma série de vantagens: agilidade, modernização, segurança na dispensação por códigos de barras e recuperação automática de prescrição anterior, como ferramenta de facilitação ao médico prescritor. O presente estudo foi conduzido na Farmácia da Unidade de Emergência do HCFMRP – USP, hospital universitário, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que é centro de referência para atendimento de urgência de média e alta complexidade, e possui, como finalidades, o ensino, a pesquisa e a assistência. Em 2007, a implantação da 2ª versão do sistema, na Unidade de Emergência (UE), trouxe inúmeros benefícios: a prescrição médica é automaticamente convertida em requisição eletrônica, a qual é enviada diretamente para a farmácia, sem a triagem prévia da enfermagem; o

receituário médico para medicamentos sob controle especial passa a ser eletrônico. Logo após sua implantação, observou-se um aumento acentuado no número de devoluções de medicamentos, bem como de outras não conformidades, sinalizando a necessidade de análise e intervenções imediatas no processo. Considerando nossa experiência com análise de prescrições médicas informatizadas e o vasto material disponível na Farmácia da UE, decidimos propor o estudo minucioso da 2ª versão da prescrição eletrônica, fornecendo subsídios e indicadores para discussões multiprofissionais, direcionadas ao aprimoramento do processo, visando adequá-lo às diretrizes da gestão hospitalar com qualidade.

Introdução

Estudo conduzido em 36 instituições hospitalares americanas demonstrou que erros potencialmente perigosos ocorrem mais de 40 vezes ao dia, em um hospital de 300 leitos, e que um paciente está sujeito, em média, a dois erros por dia. (Barker et al., 2002) De acordo com a Agency for Healthcare Research and Quality, mais de 770.000 pacientes hospitalizados sofrem algum tipo de dano ou morte, a cada ano, por evento medicamentoso adverso. (Ashton & Iyer, 2003) Medicamentos administrados erroneamente podem causar prejuízos e danos ao paciente devido a fatores como incompatibilidade farmacológica, reações indesejadas, interações farmacológicas, entre outros, e podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao sistema de saúde. (Silva et al., 2007) Nos anos 90, novos paradigmas surgiram, demonstrando que não basta um medicamento ser seguro como produto, ele também deve ter garantida a segurança do processo de uso. (Rosa, 2007) Cada etapa da utilização dos medicamentos apresenta potenciais variados de ocorrência de erros. A análise sistêmica desse processo, o conhecimento dos seus pontos vulneráveis e a implantação de medidas preventivas levam ao conhecimento das falhas presentes no sistema. Essa abordagem sistêmica considera os homens falíveis e os erros, consequências e não causas, sendo fundamental tornar seguros os sistemas contra as falhas humanas. (Rosa, 2007) A informática já se mostrou eficaz na simplificação do processo, facilitando a comunicação entre os profissionais envolvidos e eliminando a transcrição de prescrição. Não obstante tais benefícios, erros ainda são documentados e especula-se que possam ser decorrentes de etapas do processo. A análise de prescrições eletrônicas se torna uma ferramenta importante no sentido de identificar e quantificar não conformidades, visando diminuir riscos no processo, garantir a segurança do paciente, além de preservar a instituição.

Objetivos

Estudar qualitativamente os principais fatores causais dos erros detectados na prescrição eletrônica, potencialmente perigosos, caso não exista a oportuna intervenção farmacêutica; fornecer subsídios e indicadores para discussões multiprofissionais; propor sugestões para o aprimoramento do processo de prescrição eletrônica, visando adequá-lo às diretrizes da gestão hospitalar com qualidade; promover o uso seguro e racional de medicamentos.

Metodologia

Trata-se de estudo de intervenção, não aleatorizado, do tipo antes e depois, desenvolvido nas unidades assistenciais da UE, no qual foram analisadas 17.160 requisições de medicamentos de todas as clínicas, remetidas eletronicamente à Farmácia. A coleta de dados foi realizada pelos farmacêuticos, no mês de outubro de 2007, sendo realizada durante um período de 31 dias consecutivos, utilizando-se, como instrumento de avaliação, uma tabela elaborada a partir das principais ocorrências de erros com relação à prescrição médica, quais sejam: 1) dosagem errada do medicamento em função de discordância da unidade de prescrição configurada no sistema; 2) via de administração inadequada; 3) doses excessivas; 4) medicamentos incompatíveis; 5) infusão endovenosa em volume divergente do preconizado; 6) infusão endovenosa sem complemento de posologia; 7) recuperação de prescrição, contendo medicamento em dose única; 8) recuperação de prescrição, contendo medicamentos com administração predeterminada: uma vez por semana, dias alternados, etc.; 9) medicamento inadequado para a condição clínica; 10) medicamentos profiláticos para tomografia computadorizada, requisitados para 24 h. As ocorrências 3 e 9 - doses excessivas e medicamento inadequado para a condição clínica - registradas no presente estudo, foram devidamente discutidas junto aos médicos prescritores, não ficando restritas apenas à avaliação farmacêutica e a consultas às referências bibliográficas. Os dados obtidos foram digitados em uma base de dados, estruturada no formato de planilha do programa Excel, contemplando: data, número da requisição, código do medicamento e ocorrência.

Resultados

De 17.160 requisições avaliadas, foram selecionadas 175 não conformidades, provenientes de prescrições médicas, conforme demonstrado na distribuição percentual das ocorrências em todas as unidades assistenciais. A discussão das ocorrências foi feita pela similaridade na análise dos processos: 29% enquadram-se na ocorrência 8; 1% enquadra-se na ocorrência 7. O sistema possibilitava a recuperação da prescrição do dia anterior, como ferramenta de facilitação ao prescritor. Como medida corretiva, alguns medicamentos que não são administrados diariamente foram retirados da recuperação automática da prescrição. 21% enquadram-se na ocorrência 5; 19% enquadram-se na ocorrência 3; 2% enquadram-se na ocorrência 4. A Farmácia disponibiliza informações sobre vias de administração, diluição, incompatibilidades, interações medicamentosas e doses usuais dos medicamentos, anexando etiquetas informativas às embalagens unitárias medicamentosas ou digitando-as nas requisições enviadas às enfermarias. Não obstante essas iniciativas, nem sempre as informações chegam a todos profissionais envolvidos. 11% enquadram-se na ocorrência 2. Com o objetivo de eliminar essa não conformidade, o sistema sofreu alteração no sentido de disponibilizar, inicialmente, a via de administração, e, a partir de então, o médico tem acesso somente aos medicamentos contemplados na via de administração escolhida, intervenção que eliminou totalmente tal não conformidade. 11% enquadram-se na ocorrência 1; 2% enquadram-se na ocorrência 10. Diante dos resultados, evidenciou-se a necessidade de conscientização dos profissionais médicos quanto à importância dos programas de treinamento para a utilização do sistema. 3% enquadram-se na ocorrência 6. A ausência do complemento de posologia gera dúvidas à enfermagem, pois alguns medicamentos admitem mais de uma forma de administração. 1% enquadra-se na ocorrência 9,

fato que evidenciou a necessidade de supervisão das equipes. Apesar dos resultados, observamos, também, um aumento significativo do número de devoluções de medicamentos e iniciamos um estudo para detectar as possíveis causas. Concluímos que o fator principal é a duplicidade de prescrições. Frente ao fato, adotamos medidas intervencionistas, que estão sendo implantadas e já promoveram uma queda acentuada no perfil das devoluções de medicamentos.

Conclusão

O sistema de prescrição eletrônica representa grande avanço dentro das estratégias utilizadas para minimizar erros decorrentes de prescrições mal formuladas e ilegíveis. Entretanto, as facilidades proporcionadas pelo sistema ainda são fontes de erros. O presente estudo identificou e analisou os principais fatores causais de erros detectados na prescrição eletrônica. É certo que providências clínicas e administrativas, tais como, relatórios e orientação à equipe, são sistematicamente tomadas. Entretanto, esses relatórios não são utilizados para avaliação de qualidade ou para melhorias no processo. Perpetuam-se assim, as condições falhas do sistema. A identificação e a quantificação das não conformidades proporcionam a oportunidade de avaliação de processos e intervenções oportunas. Nossa experiência vem trazendo contribuições relevantes para a promoção do uso racional de medicamentos em uma instituição pública de saúde, as quais têm sido constatadas pelos resultados obtidos até o momento: eliminação total de erros relacionados à via de administração inadequada do medicamento; diminuição significativa do número de devoluções de medicamentos à farmácia, proporcionando melhor gerenciamento de estoques e redução significativa de custos; resolução parcial dos erros causados pela recuperação automática de prescrição de medicamentos que não são de uso contínuo. Diante dos fatos citados, é evidente a necessidade de intensificação do treinamento dos usuários, monitoramento constante das prescrições eletrônicas e continuidade das discussões que abordam os demais tópicos levantados no estudo em referência, até porque, seguindo as diretrizes da gestão hospitalar, a prescrição eletrônica deve ser encarada como um processo dinâmico e passível de melhoria contínua, visando promover o uso seguro e racional de medicamentos e a consequente segurança dos pacientes.

Referências

ASHTON K.C.; IYER P.W. Medication errors. A bitter pill. **Nurs Leadersh Forum.** v. 7, n. 3, p. 121-128, 2003.

BARKER K, F. E.; PEPPER G.; BATES D.W.; MIKEAL R.L. Medication errors observed in 36 health care facilities. **Arch Intern Med.** v. 162, n. 16, p. 1897-903, 2002.

ROSA, M.B. Erros de medicação: Um Problema de Saúde Pública. In: Storpirtis S. **Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. cap. 26, p. 251-257, 2007.

SILVA, D. O.; GROU, C.R.; MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H.B. Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e informações da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 15, n 5, p. 1010 – 1017, 2007.

MENÇÃO HONROSA

Roda de conversa sobre medicamentos: construindo significados para o uso racional com usuários de um serviço de saúde mental

Autoras: Juliana Sousa Coelho e Gilsiane Aparecida Ribeiro Braga
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Betim
Contato: jsousacoelho@yahoo.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

O consumo de medicamentos aumentou significativamente a partir de meados do século XX devido ao crescimento da indústria farmacêutica, ao desenvolvimento de novos fármacos, à ampliação do acesso, à modificação de hábitos culturais e clínico-terapêuticos, além do acelerado processo de mercantilização da saúde e medicalização da sociedade (MAGALHÃES; CARVALHO, 2003; SEVALHO, 2003). Esse processo transformou o medicamento em um elemento da complexidade social e principal tecnologia médica moderna. Esse cenário impõe a necessidade de reflexão sobre a qualidade do consumo dos medicamentos, bem como a promoção de seu uso racional. A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 (BRASIL, 1990) inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Nesse contexto, a assistência farmacêutica, assim como toda a assistência à saúde, deve buscar a promoção, proteção e recuperação da saúde. Com esse objetivo foi criada em 1998 a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), que apresenta como uma de suas diretrizes a promoção do uso racional de medicamentos, sendo esta uma responsabilidade das três esferas de gestão. Essa política enfatiza, entre outras questões, o desenvolvimento de processos educativos para os usuários sobre os riscos da automedicação, interrupção e substituição de medicamentos prescritos. Na saúde mental são freqüentes a prescrição de muitos medicamentos (polifarmácia), a interação medicamentosa, o sofrimento dos usuários com efeitos adversos, a não adesão ao tratamento e o uso abusivo dos medicamentos. Em virtude disto, observa-se a necessidade de orientação dos usuários quanto à ação dos medicamentos, seus efeitos e forma de utilização. Dessa forma, a Roda de Conversa sobre Medicamentos é um dispositivo vantajoso para os serviços de saúde do SUS, principalmente no campo da saúde mental, na medida em que orienta os pacientes quanto ao uso racional de medicamentos, objetivando o fortalecimento da autonomia dos sujeitos no que diz respeito ao seu tratamento e, consequentemente, a sua vida.

Introdução

O medicamento é uma tecnologia da saúde com implicações médicas, sociais, econômicas, antropológicas e epidemiológicas (SEVALHO, 2003). Na saúde mental o uso de medicamentos psiquiátricos modernos foi essencial para possibilitar o tratamento em serviços abertos,

substitutivos ao hospital psiquiátrico. Porém, esta é uma área na qual a quantidade de medicamentos prescritos e a classe de medicamentos utilizada, os psicofármacos, facilitam o uso irracional. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002, p.1), o uso racional de medicamentos compreende os "pacientes receberem a medicação adequada às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes aos seus requisitos individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e para a comunidade". Tal conceituação indica que a elaboração de ações de promoção do uso racional de medicamentos deve considerar os diversos fatores condicionantes da saúde, bem como deve se fundamentar em um esforço coletivo e multidisciplinar. Com esta compreensão e diante dos freqüentes questionamentos em relação à terapia medicamentosa por parte dos usuários, foi proposta a construção de uma Roda de Conversas sobre Medicamentos com os usuários do Centro de Referência em Saúde Mental (Cersam) Jéferson Peres Pereira – Teresópolis, localizado no município de Betim/MG, sob a coordenação de uma farmacêutica e uma psicóloga daquele serviço.

Objetivos

A Roda de Conversa sobre Medicamentos tem o objetivo de contribuir para a adesão dos usuários do Cersam ao tratamento. Visa formar uma consciência crítica em relação aos riscos e benefícios advindos do uso de medicamentos, elevando a qualidade e efetividade da terapia medicamentosa e contribuindo para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida. Assim, promove-se a racionalidade do uso dos medicamentos por meio de processos de educação em saúde, formando sujeitos mais autônomos, que se apropriam de seus tratamentos e se co-responsabilizam por estes.

Metodologia

O método proposto pelas coordenadoras do projeto foi a formação de um grupo de discussão semanal que abordasse o tema dos medicamentos de forma livre e diferente do consultório, onde a formalidade e autoridade do profissional de saúde podem inibir o usuário. Forma-se um espaço específico para conversar sobre esse assunto, que incita os usuários à reflexão. Perguntas norteadoras na Roda de Conversa são o ponto de partida da reflexão coletiva e da interpretação das experiências de cada um a respeito dos seus medicamentos. As Rodas de Conversa sobre Medicamentos acontecem às terças e quartas-feiras em semanas alternadas para que se consiga alcançar um maior número de pacientes. São convidados os pacientes que estão em permanência-dia (PD) e os pacientes atendidos no ambulatório indicados por seus técnicos de referência. Recursos variados são utilizados a fim de facilitar a comunicação e a interação entre os participantes, tais como músicas, vídeos, embalagens e bulas de medicamentos, os próprios medicamentos, compêndios farmacêuticos. A roda é uma metodologia participativa, onde as intervenções são pontuais, diferentes das oficinas que envolvem um trabalho grupal. (AFONSO; ABADE, 2008). Outra forma de se trabalhar poderia ser por meio de palestras, entretanto compreende-se que as rodas são espaços privilegiados para a reflexão daqueles que fazem uso dos psicofármacos. As Rodas de Conversa promovem sensibilização e motivação no que diz respeito, principalmente, aos medicamentos e à necessidade do seu uso racional (AFONSO; ABADE, 2008). O tema principal das Rodas de Conversa, qual seja,

o uso racional de medicamentos, deve ser estruturado a partir das questões apresentadas pelo grupo, na forma como este consegue processá-las. Os coordenadores devem buscar uma postura democrática, de fazer circular a palavra. Nesse sentido, a Roda é um o espaço de diálogo e de troca, de socialização das experiências. (AFONSO; ABADE, 2008). A Roda se constitui também como uma forma de intervenção psicossocial. Para tanto é importante a abstinência do julgamento moral, principalmente por parte das profissionais. Não se utiliza o espaço da Roda para apontar aquele que usa ou aquele que não usa os medicamentos conforme a prescrição. Busca-se uma possibilidade de reflexão crítica, onde o próprio sujeito possa refletir sobre o uso que faz de seus medicamentos.

Resultados

De 28 de janeiro até 11 de agosto de 2009 ocorreram 19 Rodas de Conversa sobre Medicamentos no Cersam Teresópolis. Em média cerca de nove pacientes estiveram presentes em cada roda. Muitos pacientes têm forte resistência ao uso dos medicamentos. O grupo tem ajudado na reflexão sobre o quão necessário é a farmacoterapia para cada paciente. Esse espaço aberto à fala e à escuta pode possibilitar uma nova forma de percepção quanto à necessidade do uso racional dos medicamentos. Essa questão apresenta variabilidade de acordo com o ponto em que a pessoa se encontra no seu tratamento e a vivência da doença. Em alguns relatos, pacientes afirmam que os remédios são ótimos e que, depois de algum tempo de tratamento, eles conseguem perceber como estavam antes de começar a se tratar e como se encontram depois de determinado período de tratamento. As discussões nas Rodas de Conversa sobre Medicamentos têm ajudado muitos participantes a construírem um novo olhar sobre o tratamento, a compreender que é necessário passar por fases nesse processo e que, gradualmente, é possível retornar às atividades do cotidiano. As falas e comportamentos dos diversos pacientes observados pela psicóloga e farmacêutica nas Rodas de Conversa contribuem muito para o trabalho da equipe do Cersam. São coletadas informações que antes se perdiam, colaborando no embasamento de condutas clínicas mais eficientes. Os apontamentos feitos pelas profissionais que trabalham na Roda de Conversa quanto à amplidão do termo "tratamento" identificam outras ações tão importantes para o cuidado quanto o uso dos medicamentos, e contribuem para o esclarecimento dos usuários em relação ao trabalho da equipe do Cersam. Os atendimentos com os técnicos de referência (psicóloga, terapeuta ocupacional, farmacêutico, enfermeiro, assistente social, psiquiatra), as demais oficinas oferecidas no Cersam, as atividades recreativas e atividades físicas dentro e/ou fora do serviço, o convívio familiar, as atividades laborativas, quando possíveis, constituem pontos importantes e complementares no tratamento do paciente com transtorno mental.

Conclusão

A Roda de Conversa sobre Medicamentos colabora com a promoção da saúde, pois é um espaço para educação em saúde e formação de sujeitos mais autônomos; trabalha com a prevenção do uso incorreto de medicamentos e suas conseqüências; além de contribuir para a efetividade do tratamento de cada usuário. A Roda tem um potencial pedagógico na medida em que desencadeia um processo de aprendizagem a partir das reflexões sobre a experiência relativa ao uso racional de medicamentos. O espaço terapêutico pode ser entendido como conseqüência das inter-relações estabelecidas em cada Roda de Conversa "na medida em que facilita o insight e a elaboração sobre questões subjetivas,

interpessoais e sociais" (AFONSO, 2002, p.34). Uma questão importante trazida pela Roda é que, a partir dos relatos de suas experiências, os usuários tornam-se educadores em saúde, dividindo seu saber tanto com outros usuários quanto com as coordenadoras, que aprendem muito além da teoria farmacológica no exercício da alteridade. A experiência das Rodas de Conversa confirma a relevância da comunicação, da informação e do conhecimento para a autonomia dos sujeitos (COELHO, 2008). As ações de educação em saúde permitem aos usuários apropriar-se dos problemas e de suas soluções, preservando a identidade de cada membro que, através da interação com o outro, da diversidade de olhares, se abre para a negociação, cria um novo olhar e instaura novos valores. Mesmo na loucura, o direito de cada um se expressar, ser ouvido e levado em consideração, precisa ser respeitado. A participação efetiva dos usuários em seus tratamentos permite encontrar soluções mais concretas, adequadas e viáveis (COELHO, 2008). Quando se trabalha em busca de promover, proteger e recuperar a saúde em seu conceito amplo, a participação do paciente torna-se essencial. O envolvimento do paciente permite que ele se aproprie de sua saúde e conduz à formação de uma consciência sanitária que se estende para as demais questões sociais que vivencia.

Referências

AFONSO, L. **Oficinas em Dinâmica de Grupo: Um método de intervenção psicossocial**. Edições do Campo Social, Belo Horizonte. 2002.

AFONSO, M.L.M.; ABADE, F.L. **Para reinventar as rodas**. Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), Belo Horizonte, 2008. Publicação eletrônica disponível em: http://www.ibjr.justicarestaurativa.nom.br/pdfs/Livro_eletronico.pdf>

BRASIL. Presidência da República. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 20 set., 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. GM Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Diário Oficial da União. Brasília, 1998.

COELHO, J.S. **Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de eqüidade e transformação**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 2008, 44p.

MAGALHÃES, S.M.S.; CARVALHO, W. da S. O farmacêutico e o uso racional de medicamentos. In: ACURCIO, F de A. (org.). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 83-97.

SEVALHO, G. O medicamento percebido como objeto hibrido: uma visão crítica do uso racional. In: ACURCIO, F de A. (org.). **Medicamentos e assistência farmacêutica**. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 1-8.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS**. Ginebra, 2002. 5:1-6.

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos
2009

Categoria:
Tese de Doutorado

TRABALHO PREMIADO

A medicalização de conflitos: consumo de ansiolíticos e antidepressivos em grupos populares

Autor: Reginaldo Teixeira Mendonça (Doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás)
Orientador: Rubens de Camargo Ferreira Adorno (Professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo)
Contato: reginaldotx@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

O consumo de medicamentos se transformou numa prioridade na vida cotidiana, porém os estudos ou pesquisas envolvendo o medicamento geralmente são restritos, sobrepondo o objeto medicamento ao ser humano. Nesse sentido, os medicamentos passam a ser estudados e não a relação entre medicamento e sociedade, entre medicamento e pessoa, como propôs esta pesquisa. Assim, partiu-se da interação e não da exclusão, interpretando e compreendendo o olhar que os usuários de medicamentos possuem sobre estes e qual a relação com a vida cotidiana. Estudar o medicamento sob esta perspectiva possibilita a interação de saberes populares e científicos, levando ao encontro dos diferentes profissionais de saúde com a população como processo educativo e de respeito. O medicamento é visto como objeto que adquire singularidades de significados e usos de acordo com a trajetória ou curso de vida de cada consumidor, envolvendo diferentes contextos socioculturais, como o consumo relacionado ao gênero (BUTLER, 2003), ao sexo, à idade, ao trabalho, aos acontecimentos no dia-a-dia de cada um, entre outros. Desse modo, o consumo de medicamentos se relaciona tanto ao corpo saudável como ao corpo doente, sendo particularizado. Assim, este estudo possibilita fortalecer os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando as diferenças socioculturais e suas relações com os medicamentos, fortalecendo o uso de medicamentos baseado em estudos científicos e proporcionando a promoção da saúde, educação em saúde e humanização em saúde. Estudar o medicamento a partir da ótica de seus consumidores possibilita reforçar as ações dos profissionais de saúde através da Atenção Básica (Estratégia de Saúde da Família), promovendo relações dialógicas e interacionais, levando à melhoria dos serviços de saúde. Além disso, sendo o medicamento compreendido como objeto interdisciplinar, favorece-se o trabalho em equipe. Estudar os medicamentos ansiolíticos e antidepressivos levou a compreender a união entre subjetividade dos consumidores e a vida cotidiana na cidade, observando a construção de estilos de vida voltados para o consumo destes medicamentos, verificando que as diferentes partes de uma cidade e os serviços de saúde estão em constante formação, provocando atenção relativa ao consumo destes medicamentos e seu aumento nos

últimos anos. Uma melhor proximidade da equipe de Saúde da Família com a população e uma comunicação com a farmácia pode colaborar para que se evitem desperdícios de medicamentos, levando à economia de gastos públicos com medicamentos.

Introdução

O processo de fabricação dos medicamentos acompanha sua transformação como objeto a ser consumido pela coletividade, homogeneizando seus usuários através de dosagens, formas farmacêuticas, sintomas e diagnósticos de doença, etc., favorecendo a ampliação do consumo pela grande massa popular (PIGNARRE, 1999). Através da industrialização dos medicamentos, o individual foi rompido em direção ao coletivo, levando os efeitos dos medicamentos a suplantarem a totalidade da pessoa. Esta pesquisa possibilita, através de uma abordagem crítica e reflexiva, analisar o consumo de medicamentos na atual sociedade, especificamente o consumo de ansiolíticos e antidepressivos, medicamentos que tiveram em suas vendas, desde suas descobertas e fabricações ocorridas após a década de 1950, um crescimento vertiginoso. Desse modo, esta pesquisa procura compreender o consumo destes medicamentos a partir de seus consumidores, relacionando o cotidiano (CERTEAU, 2005), o dia-a-dia e suas relações com o uso destes medicamentos. Nesse sentido, os medicamentos se transformam e são representados pela construção do contexto sociocultural dos usuários, e possibilitando refletir sobre serviços de saúde, humanização em saúde, educação em saúde, promoção da saúde, medicalização (CONRAD, 2007) e farmaceuticalização da sociedade. O medicamento é assim visto como objeto não só relacionado ao processo saúde-doença, é também visto pela "organização" do corpo de seus consumidores através de concepções sobre estes medicamentos, passando a manipular a vida cotidiana, a subjetividade humana, questões geralmente pouco presentes nos serviços de saúde. As diferenças de concepções sobre os medicamentos se revelam através das particularidades de cada usuário, através do percurso social, econômico e cultural, construído através de seu curso de vida (VAN DER GEEST; WHYTE, 2003).

Objetivos

Esta pesquisa teve como objetivo compreender e refletir sobre o consumo de medicamentos industrializados na atual sociedade, partindo de um contexto sociocultural específico. Os objetivos foram sendo revelados a partir da inserção e encontro de olhares, como o do pesquisador e do pesquisado. Este objetivo levou à formação de outros objetivos mais específicos, como o consumo dos medicamentos psicoativos ansiolíticos e antidepressivos, interpretando e compreendendo o consumo destes medicamentos a partir do cotidiano de seus consumidores e de sua relação com os serviços de saúde.

Metodologia

Estudar a relação das pessoas com os medicamentos, partindo dos aspectos socioculturais envolvidos, promove a definição de metodologias adequadas, construídas através do aprofundamento do olhar do pesquisador ao se interagir com o pesquisado (VÍCTORA; KNAUTH;

HASSEN, 2000). Assim, o pesquisador teve que se aproximar das pessoas consumidoras destes medicamentos e vivenciar seu cotidiano, possibilitando compreender a vida cotidiana do usuário de medicamento ao se inserir na mesma. Nesse sentido, esta pesquisa retrata uma experiência etnográfica (ATKINSON; HAMMERSLEY, 1994), utilizando entrevistas abertas, observação participante, diário de campo e fotografia, sobre o consumo de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos fornecidos por uma farmácia pública aos moradores de uma área formada por três bairros da cidade de Ribeirão Preto-SP. Esta área era formada por casas populares, casas luxuosas e por uma favela, sendo coberta pela Estratégia de Saúde da Família, com a exceção de uma parte das casas populares, a qual era formada pelas casas COHAB (Companhia Habitacional). O bairro com as casas luxuosas foi incluído somente na observação participante e na fotografia. A seleção dos entrevistados foi realizada a partir dos dados da dispensação dos medicamentos psicoativos pela farmácia pública fornecedora, a qual também estava incluída na experiência etnográfica, tendo sido a dispensação dos medicamentos incluída na observação participante. As entrevistas foram realizadas durante os anos de 2007 e 2008, pautadas na história de vida e no consumo destes medicamentos, sendo os entrevistados selecionados devido a residirem no local de realização da pesquisa. Foram entrevistadas 23 pessoas adultas (15 moradores da área de abrangência do núcleo de saúde da família e 8 moradores da área do bairro de casas COHAB), coordenando os acontecimentos individuais e coletivos envolvidos com o consumo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, criando através da relação tempo e espaço a problemática de vidas relacionadas aos medicamentos. A análise das entrevistas se organiza como construção desta problemática, relatando acontecimentos que se interagem através da fala dos entrevistados, preservando a singularidade de cada um destes. Foram entrevistados cinco homens com idades entre 30 e 52 anos. As mulheres variaram de 25 a 76 anos, sendo quatro com idade acima de 60 anos. Assim, a metodologia se pauta no estudo da relação entre medicamento, ser humano e os contextos socioculturais envolvidos. O pesquisador esclarece, interpreta, compreende, critica e autocritica o encontro de diferentes percursos sócio-históricos: do medicamento, do usuário e da sociedade como um todo.

Resultados

Ao fazer o percurso que vai desde a dispensação dos medicamentos até o seu consumo, pode-se observar que o medicamento adquire diferentes significados e usos. O caminho que os medicamentos percorrem é particularizado pelas questões socioculturais envolvendo seus efeitos farmacológicos. Os serviços de saúde, ao prescreverem e distribuírem os medicamentos, são produtores de concepções sobre os medicamentos não somente pela mensagem relacionada aos mesmos, mas pelo modo como se efetiva uma comunicação entre serviço e população (BOLTANSKI, 1984). Os medicamentos ansiolíticos e antidepressivos (psicoativos) foram aqui observados através do cotidiano de seus consumidores, interligando resistência e poder, entre alegrias e decepções, entre desejos e frustrações. Os medicamentos psicoativos, ao serem concebidos como medicamentos para conflitos, incluíram também os conflitos existentes entre serviços de saúde e população. Os conflitos se mostraram emblemáticos tanto pela localização das residências nos bairros investigados como pelos atritos envolvendo os diferentes bairros. Desse modo, pode-se interrogar quais as relações entre local de moradia e o consumo de

medicamentos psicoativos, assim como o tipo de moradia e as posições simbólicas nas relações de gênero e classe social em cursos de vida individualizados. O curso de vida está marcado por desgastes físicos e emocionais, pela morte de entes queridos, pelo sofrimento com doenças de familiares, pelas dificuldades econômicas, entre outros. Os serviços de saúde de Atenção Básica, como o Núcleo de Saúde da Família, mostraram-se como uma etapa do modelo curativo vigente, não se destacando com autonomia para colaborar na produção de saúde. A população esteve marcada pelo excesso de trabalho e o modo de sua execução, que são ditos como uma problemática relacionada ao consumo de medicamentos psicoativos. O trabalho realizado no espaço doméstico pelas donas-de-casa se soma aos outros trabalhos, como os realizados em outras casas e o de reciclagem de materiais como garrafas, latas de bebidas e papelão. O homem, buscando reafirmar sua masculinidade, procura por maiores ganhos por meio de uma extensão de sua "força de trabalho", através de seu próprio corpo ou através do domínio do trabalho de suas companheiras (BOURDIEU, 1999). O trabalho doméstico realizado pelas mulheres entrevistadas se mostrou relacionado com o uso de medicamentos psicoativos ao dizerem que estes as auxiliavam nestes afazeres, proporcionando uma disciplina e a extensão dos limites do corpo, a anulação de conflitos entre os membros de suas famílias, ajudando a conservar uma estrutura social de domínio relacionado ao sexo masculino e de subalternidade dos grupos populares.

Conclusões

O consumo de medicamentos psicoativos foi analisado a partir da ótica de seus consumidores, revelando que estariam contribuindo para perpetuar os papéis sociais frente à dinâmica social, como os relacionados ao gênero e à classe social. A pesquisa revelou uma associação entre vida cotidiana e consumo dos medicamentos ansiolíticos e antidepressivos (psicoativos) destoante de um produzir saúde – esperado da relação entre serviços de saúde e população e da relação entre doença e uso de medicamentos. O consumo destes medicamentos psicoativos é justificado através de uma remodelação e reorganização de espaços entre os moradores destes bairros, marcados por desigualdades sociais, de gênero e pela busca de diferenciação, numa hierarquia classificada entre o ideal e o indesejado através do curso de vida dos moradores. Aprofundar questões sociais sobre o consumo de medicamentos em grupos populares poderá evitar seu uso abusivo com a função de produzir um corpo explorado quimicamente por se estender seus limites de produção num aprofundamento e silenciamento de desigualdades sociais. O consumo de medicamentos deve ser analisado com cautela, necessitando ser problematizado, em intersetorialidade.

Referências

ATKINSON, Paul; HAMMERSLEY, Martyn. Ethnography and participant observation. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna (Org.). Handbook of qualitative research. New Delhi: Sage Publications, 1994. p.248-261.

BOLTANSKI, Luc. As Classes sociais e o corpo. Tradução de R. A. Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. Tradução de M. H. Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BUTLER, Judith. P. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Tradução de R. Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CERTEAU, Michel de. A invenção do Cotidiano: 1. Artes de fazer. Tradução de E. F. Alves. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

CONRAD, Peter. The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

PIGNARRE, Philippe. O que é medicamento?: um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. Tradução de P. Neves. São Paulo: Ed. 34, 1999.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VAN DER GEEST, Sjaak; WHYTE, Susan Reynolds. Popularité et scepticisme: opinions contrastées sur les médicaments. Anthropologie et sociétés, Québec, v. 27, n.2, p. 97-117, sept. 2003.

MENÇÃO HONROSA

Análise das propagandas de medicamentos psicoativos para promoção do uso racional e prevenção ao uso abusivo

Autores: Patrícia de Carvalho Mastroianni*; Ana Regina Noto**; José Carlos Fernandez Galduróz**
Orientador: Murilo Bastos da Cunha
Instituição: * Faculdade de Ciências Farmacêuticas, UNESP; **Escola Paulista de Medicina, UNIFESP.
Contato: patriciamastroianni@yahoo.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as propagandas de medicamentos devem ser fidedignas, exatas, verdadeiras, informativas, equilibradas, atualizadas e passíveis de comprovação; os textos e ilustrações devem ser compatíveis com os dados científicos (OMS, 1988). A promoção não ética de medicamentos é um problema na maior parte do mundo, gera o uso irracional e promove superprescrição, automedicação e abuso (HOGERZEIL, 1995; KLESSER, PINES, 1990; AVON et al, 1982). Vários estudos têm demonstrado que as propagandas são empregadas como fonte de informação técnica pelos prescritores, sendo consideradas determinantes para a prescrição (HERXHEIMER, COLLIER, 1990; LEXCHIN, 1993; GÜLDAL, SEMIN, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; NORRIS et al, 2005). Silva et al (1999), afirmaram que as propagandas são a principal fonte de informações rápidas para os médicos, pois, em cerca de cinco minutos, eles adquirem informações sobre os medicamentos que prescrevem, o que devido à sua sobrecarga de trabalho de 50 a 60 horas semanais, seria difícil de um outro modo (SAPORITO, GOLDBERG, 1982). A situação é mais grave em países em desenvolvimento, como no Brasil, onde estudos têm mostrado diferenças nas informações entre propagandas veiculadas nos periódicos médicos do Brasil Inglaterra e Estados Unidos (MASTROIANNI et al, 2005), gerando um padrão duplo de informação. As informações veiculadas nas propagandas brasileiras são mais subjetivas e incompletas quando comparadas com as propagandas inglesas e americanas dos mesmos medicamentos (BARROS, 2000; MASTROIANNI et al, 2003 e 2005). Vários estudos (AVON et al, 1982; FAGUNDES, 2007; LEXCHIN, 1993) e análises sistemáticas (NORRIS et al, 2005; WARZANA, 2002) descreveram a influência das propagandas de medicamentos sobre a prescrição médica. No caso das propagandas dos medicamentos psicoativos a situação é mais grave, pois tendem a ser menos informativos que as propagandas de outras classes terapêuticas (CARLINI, 1983; HEMINIK, 1973). Além disso, as propagandas favorecem estereótipos entre os distúrbios psiquiátricos e o gênero, com

discrepâncias nas proporções em que aparecem figuras de homem e mulheres (LÖVDAHL, RISKA, 2000; MASTROIANNI et al, 2003). Alguns trabalhos têm relatado desinformação e desequilíbrio nas informações contidas nas propagandas, como as que favorecem o uso como: indicação, apresentação e posologia são mais frequentes e com maior destaque em tamanho e cor do texto. As informações que restringem o uso, como contra-indicação, advertências, precauções e reações adversas, quando presentes, recebem o menor destaque com difícil visualização (MASTROIANNI et al, 2003; MEIJAS, AVALOS, 2001; PIZZOL et al, 1998). Todavia, nesses estudos, as mensagens publicitárias não foram conferidas com as respectivas referências bibliográficas citadas. Há poucos trabalhos (CASARES, 2005; VILLANUEVA, 2003) sobre fidedignidade, exatidão e veracidade das informações contidas nas propagandas.

Introdução

Mastroianni et al (2003), ao analisarem os anúncios de medicamentos psicoativos publicados em revistas de psiquiatria indexadas, em 2001, observaram que menos de 60% dos anúncios publicados apresentavam referências bibliográficas, e um terço era de referências não oficialmente reconhecidas. Estas, na sua maioria, eram protocolos do laboratório detentor do produto, apresentações orais ou pôsteres divulgados em congressos ou material da própria empresa. Villanueva et al. (2003), em 1997, ao analisarem as referências bibliográficas apresentadas em 264 anúncios de anti-hipertensivos e anti-lipêmicos veiculados em seis periódicos médicos espanhóis, verificaram que as mensagens promocionais eram sobre a eficácia, a segurança, a conveniência e o custo. No que dizia respeito às referências bibliográficas, 18% eram monografias e dados não publicados, 63% eram artigos publicados em periódicos com alto índice de impacto, sendo o tipo de estudo na sua maioria (82%), ensaios clínicos do tipo aleatório. No total, 44,1% das mensagens publicitárias não foram justificadas pelas suas respectivas referências bibliográficas. Casares et al. (2005), verificaram que 44,5% das mensagens publicitárias não derivavam do estudo referendado e apenas 29,9% eram fidedignas ao estudo referendado. Os autores observaram à extrapolação das mensagens publicitárias em relação aos estudos citados, sugerindo que deveria ser realizada uma análise prévia dos estudos referendados antes de se considerar as mensagens publicitárias. Infelizmente não existem dados recentes sobre a veracidade, a fidedignidade e a exatidão entre as mensagens publicitárias e as suas referências bibliográficas, presentes nas propagandas de medicamentos, sobretudo no que se refere aos medicamentos psicoativos que estão sujeitos a controle especial, nem tão pouco sabe-se sobre a acessibilidade aos dados técnico–científicos referendados.

Objetivos

Verificar a acessibilidade das referências bibliográficas citadas nas propagandas de medicamentos psicoativos; e Conferir as informações de textos, gráficos e tabelas contidas nas propagandas de medicamentos psicoativos com as suas respectivas referências bibliográficas.

Metodologia

A coleta das propagandas foi realizada durante o ano de 2005, no município de Araraquara, no estado de São Paulo em postos de saúde, hospitais e clínicas médicas. As referências bibliográficas citadas nas propagandas foram solicitadas a partir dos respectivos números do Serviço de Atendimento ao Cliente ou Serviço de Atendimento ao Médico (SAC/SAM); as não entregues, foram pesquisadas nas bibliotecas da rede UNESP (Ibict, Athenas), BIREME (Scielo, PubMed, periódicos catalogados de acesso livre) e outros bancos de dados disponíveis na Internet, como Periódicos CAPES. Por meio da técnica de análise de conteúdo, foi elaborado um roteiro para análise da conferência entre as informações descritas nas propagandas e a sua respectiva referência bibliográfica. O Roteiro contemplou as seguintes informações: Parte I – identificação da propaganda: número de identificação, nome do medicamento, princípio ativo, classe terapêutica e do laboratório, número SAC/SAM, referências citadas e quantidade; Parte II – análise das referências bibliográficas citadas: tipo de referência; tipo de metodologia empregada no estudo, e grau de concordância: se concorda, não concorda, ou concorda parcialmente com as afirmações das peças publicitárias. A fim de evitar subjetividade ou interpretações divergentes, toda a análise de conteúdo foi realizada em duplicata por analistas independentes; em caso de divergências, um terceiro analista analisava o conteúdo. As referências foram classificadas segundo a metodologia empregada e o grau de evidência recomendado para tomada de decisão. Julgou-se como "concorda" as citações cujas afirmações das peças publicitárias foram encontradas na referência citada; "concorda parcialmente" quando pelo menos uma ou parte das afirmações nas peças foi observada na referência citada; e "não concorda" quando não se observaram quaisquer das afirmações da peça na referência citada. Foi criado um banco de dados em planilha eletrônica para organizar as informações coletadas. O projeto foi aprovado pelo CEP da UNIFESP, sob protocolo nº 176/06.

Resultados

Foram coletadas 167 diferentes propagandas de medicamentos psicoativos, divulgadas por 25 laboratórios farmacêuticos, sendo elas, na sua maioria, de medicamentos antidepressivos (41,9%) e ansiolíticos (24,5%). Para a análise da acessibilidade e da concordância entre as mensagens publicitárias e suas referências bibliográficas, foram excluídas 15 propagandas (provenientes de quatro laboratórios) que não citavam qualquer referência bibliográfica. Entre as 152 propagandas analisadas, foi observada uma média de 2,5 (1-28) referências citadas por propaganda, totalizando 395 referências. No corpo dessas 152 foram identificadas 639 informações que estavam explicitamente associadas a pelo menos uma das referências citadas (média de 3,5 informações por propaganda). Por meio de pesquisas nas bibliotecas da rede UNESP (Ibict, Athenas), na BIREME (Scielo, Pubmed), e nos periódicos catalogados de acesso livre, obteve-se acesso a 156 (39,5%) referências bibliográficas não entregues pelos laboratórios. As demais referências, 132 (33,5%), não estavam disponíveis ou foram de difícil acesso. Avaliou-se o grau de conferência entre as afirmações contidas nas propagandas de medicamentos psicoativos e as suas respectivas referências bibliográficas. Das 639 mensagens publicitárias referendadas foi possível conferir 346 (54%) por serem citações das 263 referências disponíveis (107 entregues pelos laboratórios e 156 encontradas nas bibliotecas e nos banco de dados). Na maioria das mensagens analisadas (234 [67,7%]) foi possível encontrar as frases ou as informações na referência citada. Em 15,6% (54), as informações estavam incompletas ou referiam parcialmente a referência bibliográfica, e em 16,7% (58) não foi possível encontrar qualquer das informações da propaganda na referência bibliográfica citada.

Os motivos da não conferência ou da conferência parcial foram por não encontrar a informação (62%), extrapolação de indicação (12%), informação contraditória (10%) entre outros motivos.

Conclusão

Os principais motivos da falta de acesso às referências bibliográficas foram artigos não disponíveis no Brasil e/ou acesso restrito (39,4%) e, ainda, materiais não publicados (28,1%). Os dados demonstraram o não cumprimento das recomendações da OMS, as quais que estabelecem que qualquer texto, figura ou tabela, contidas nas propagandas de medicamentos devem ser passiveis de comprovação científica, pelo que as referências devem ser estudos científicos passíveis de comprovaçã; Não foi possível avaliar a concordância entre as 293 (46%) mensagens publicitárias e as suas respectivas referências bibliográficas (132 [33,5%]). Os Resultados obtidos ratificaram a dificuldade em se avaliar a exatidão, a veracidade e a fidedignidade das informações vinculadas nas propagandas de medicamentos, permanecendo a dúvida quanto à suas qualidade e confiabilidade. Provavelmente isso ocorra porque os médicos não têm o hábito de verificar a veracidade dos materiais promocionais recebidos; Apenas 346 (54%) mensagens publicitárias foram passíveis de análise quanto a concordância com a sua respectiva referência bibliográfica, 32,3% destas não foram encontradas ou as informações eram contraditórias, Os resultados confirmaram que as propagandas de medicamentos psicoativos continuam subjetivas pela ausência de justificativas de caracter técnico-científico, comprometendo a qualidade das informações e portanto o uso racional de medicamentos. Resta avaliar o quanto esta prática compromete a terapêutica e o uso racional de medicamentos e se as propagandas detes são de interesse para a saúde publica.

Referências

AVORN, J.; CHEN, M.; HARTLEY, R. Scientific versus commercial sources of influences on the prescribing behavior of physicians. **Am J Med**, v. 73, p. 4-8, 1982.

BARROS, J.A.C. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. **Cad Saúde Pública**, v. 16, p. 421-427, 2000.

CARLINI, E.A. O uso e a propaganda de medicamentos. Exemplos com psicotrópicos. **Rev Ass Bras Psiq,** v. 5, p. 152-158, 1983.

CASARES, F.R. et al. La informacion científica que la industria farmacéutica proporciona a los médicos de familia. **Aten Primaria**, v. 36, n. 1, p. 14-18, 2005.

FAGUNDES, M.J.D. et al. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 12, p. 221-229, 2007.

GÜLDAL, D.; SEMIN, S. The influence of drug companies advertising programs on physicians. **Int J Health Serv**, v. 30, p. 585-595, 2000.

HERXHEIMER, A.; COLLIER, J. Promotion by the British pharmaceutical industry, 1983-8: a critical analysis of self regulation. **Br Med J**, v. 300, p. 307-311, 1990.

HOGERZEIL, H.V. Promoting rational prescribing: an international perspective. **Br J Clin Pharmacol**, v. 39, p. 1-6, 1995.

KESSLER, D.; PINES, W.L. The federal regulation of prescription drug advertisement and promotion. **JAMA**, v. 264, p. 2409-2415, 1990.

LEXCHIN, J. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: what does the literature say? **Can Med Assoc J**, v. 149, p. 1401-1407, 1993.

LÖVDAHL, U.; RISKA, E. The construction of gender and mental health in nordic psychotropic-drug advertising. **Int J Health Serv**, v. 30, p. 387-406, 2000.

MASTROIANNI, P.C.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. Influence of the legislation on the advertisement of psychoactive medications in Brasil. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 25, p. 146-155, 2003.

MASTROIANNI, P.C.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. Psychoactive drug advertising a comparison of technical information from three countries: Brazil; United States and United Kingdon. **Sao Paulo Med J.**, v. 123, p. 208-214, 2005.

MEJIA, R.; AVALOS, A. Material informativo entregado por los agentes de propaganda medica. **Medicina**, Buenos Aires, v. 61, p. 315-318, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estudo comparado: regulamentação da propaganda de medicamentos**, Brasília, p. 164, 2005.

NORRIS, P. et al. Drug Promotion. What we know, what we have yet to learn. **WHO/HAI**; 2005. Disponível em: <http://www.drugpromo.info/>. Acesso em: 22 nov. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Critérios éticos para la promoción de medicamentos**, Ginebra, p. 16, 1988.

PIZZOL, F.D.; da SILVA, T.; SCHENKEL, E.P. Análise da adequação das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica distribuídas no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 14, p. 85-91, 1998.

SAPORITO, R.; GOLDBERG, R. The changing image of prescription drug advertisements. **J. Drug Educ**, v. 12, p. 365-372, 1982.

SILVA, E.V.; HOEFLER R.; MORAES, L.B. Avaliação das propagandas de medicamentos distribuídas para a classe médica de Brasília. **CEBRIM**, n. 4, jul/ago. 1999.

VILLANUEVA, P. Accuracy of pharmaceutical advertisement in medical journals. **Lancet**., v. 361, p. 27-32, 2003.

WARZANA, A. Physicians and the pharmaceutical Industry. Is a gift ever just a gift? **JAMA**., v. 283, p. 373-380, 2002.

MENÇÃO HONROSA

Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS: um estudo de caso-controle

Autora: Maria de Lourdes Oshiro
Orientadora: Lia Lusitana Cardozo de Castro
Instituição: Universidade de Brasília
Contato: oshiroml@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças de maior prevalência na população brasileira e mundial. A Sociedade Brasileira de Hipertensão estima que existam 30 milhões de hipertensos no Brasil, sendo 60% destes acima de 60 anos (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). A HAS constitui um dos fatores de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, segundo VII Joint National Committee de hipertensão, contribuiu em 62% dos casos de doenças cerebrovasculares e 49% da doença isquêmica cardíaca (JNC 7, 2003). No Brasil, 2005, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 28,2% do total de mortes, sendo que na faixa etária de 35 a 64 anos perfizeram 30,2%. O acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio foram os desfechos mais prevalentes (54,4%). Na região Centro-Oeste, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 17.695 (28,7%) das mortes (BRASIL, 2007). Numerosas pesquisas demonstraram a contribuição da terapêutica anti-hipertensiva na redução das complicações cardiovasculares da doença prevenindo a hipertrofia ventricular esquerda e a insuficiência cardíaca congestiva, mesmo em idosos. A adesão ao tratamento de doenças de longa duração em países desenvolvidos estava em média 50%, nos países em desenvolvimento apresentava-se menor, devido à insuficiência de recursos e à iniqüidade no acesso à atenção à saúde. Estudos isolados situam a falta de controle da hipertensão em torno de 30% a 40% dos pacientes, podendo o abandono do tratamento alcançar até 56% dos casos (WHO, 2003). Essa situação pouco mudou, pois o uso de medicamentos vai além dos seus efeitos farmacoterapêuticos, passando por aspectos socioculturais. Portanto a adesão ao tratamento constitui um tema complexo, alvo de discussão de diferentes especialistas em todo o mundo. A transição demográfica tem levado a um crescimento da prevalência de doenças crônicas, particularmente comuns em idosos. Nesses pacientes, dada a prevalência de danos cognitivos e funcionais, múltiplas co-morbidades com complexos esquemas terapêuticos e alterações na farmacocinética e farmacodinâmica fazem aumentar as dificuldades para adesão às recomendações farmacológicas e não-farmacológicas, bem como a probabilidade de falha terapêutica, levando a complicações desnecessárias, maiores

gastos na atenção à saúde, incapacidade e morte precoce (WHO, 2003). No enfrentamento de várias situações que dificultam o controle da hipertensão arterial foram criados programas com equipes multiprofissionais para a resolução de variados desafios, principalmente no que se refere à adesão dos pacientes e, conseqüentemente, ao não-controle da pressão arterial. Espera-se com esta pesquisa poder contribuir para a melhoria das informações que devem ser coletadas no ingresso do paciente ao programa e para adequada seleção dos que necessitam de acompanhamento sistemático.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica constitui um problema de saúde pública de grande relevância, por reduzir a expectativa de vida e conduzir a diversas complicações cardíacas e renais, além de gerar elevado custo social. A prevalência da hipertensão no Brasil, pesquisada em algumas cidades do país, varia de 22,3% a 44,0% (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). A adesão ao tratamento da hipertensão, como de outras doenças de longa duração, é condição fundamental para o controle dos níveis de pressão arterial e para a regressão de lesões degenerativas em órgãos-alvo. Torna-se fundamental a adesão ao tratamento em doenças crônicas e assintomáticas, como a hipertensão arterial, para o controle e a diminuição da morbimortalidade. A maioria dos estudos considera como aderentes ao tratamento farmacológico os pacientes que tomam 80% dos medicamentos prescritos. No entanto, estima-se que o grau de adesão mundial nos tratamentos crônicos seja de 50% a 75% (MARTINEZ, 2004). A falta de adesão pode ocorrer quando não há aquisição de medicamentos prescritos, erros de administração de medicamentos, confusão na seqüência de administração de vários medicamentos ou consumo de medicamentos sem prescrição médica (MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2000). Estudos têm sido realizados sobre o problema da adesão e estes têm sido testados, embora ainda sem haver encontrado uma estratégia para manter o paciente fiel ao tratamento (JARDIM, 2001; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Apesar das várias medidas preventivas, de tratamento e de controle disponíveis para a hipertensão, seu controle representa ainda um dos desafios em saúde, necessitando-se de uma atuação conjunta de vários profissionais que permita integrar o hipertenso, a equipe e o tratamento. O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para enfrentar mais diretamente o problema e ampliar as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, a partir da reorganização do trabalho de atenção à saúde em unidades da rede básica do Serviço de Saúde/Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

Objetivos

O objetivo deste trabalho foi identificar os fatores que levam ao abandono do programa de controle de hipertensão arterial em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Campo Grande, MS e produzir um modelo de predição dessa condição.

Metodologia

Utilizou-se o método de caso-controle, aninhado a coorte dos pacientes cadastrados no programa de tratamento da hipertensão arterial de 2002 a 2005. Os casos (pacientes não-aderentes ao programa de controle de hipertensão arterial) foram definidos da seguinte maneira: pacientes cadastrados no Programa de Hipertensão que não tivessem comparecido ao programa por mais de seis meses consecutivos nesse período. Para cada caso foram utilizados dois controles (pacientes aderentes ao programa), identificados aleatoriamente no cadastro do programa de controle de hipertensão arterial dentre os pacientes que faziam acompanhamento regular do tratamento farmacológico. A coleta de dados dos casos foi no domicílio do paciente e dos controles na UBS no momento da consulta, por meio de entrevista semi-estruturada. Primeiramente foi feita uma análise descritiva das variáveis aleatórias estudadas (CYMROT, 2005). A fim de testar a independência entre um par de variáveis aleatórias, utilizou-se o teste qui-quadrado e quando as condições para sua utilização não eram satisfeitas, foi realizado o teste exato de Fisher. Calculou-se o nível descritivo de cada teste sendo comparado com o nível de significância de 5%. A razão de chances (odds ratio, OR) foi calculada como estimador do risco relativo (RR), com intervalo de 95% de confiança pelo método de Cornfield e ajustado pelo método de Mantel-Haenszel (OR-MH) na análise estratificada. Nos casos em que houve rejeição da hipótese de independência, analisaram-se os valores observados e esperados para confirmar as prováveis causas da dependência. Foi também realizada regressão logística tendo como variável-resposta a variável binária adesão ao programa. Na escolha das variáveis preditivas, consideraram-se as variáveis que apresentaram dependência estatística da variável-resposta, todas as possíveis variáveis preditivas foram cruzadas duas a duas para determinar quais os pares de variáveis dependentes entre si. As variáveis preditivas foram escolhidas de modo a não apresentar multicolinearidade e de forma que fossem conhecidas já no encaminhamento do paciente ao programa. Utilizando-se regressão logística binária, que permite conhecer o valor das variáveis preditivas para uma dada observação, pôde-se calcular a probabilidade de aquela observação pertencer a cada um dos grupos da variável-resposta. Com base nos testes de associação de variáveis aleatórias e levando em conta as variáveis que podem ser coletadas na ocasião da seleção de um possível usuário do programa de controle de hipertensão arterial. Desse modo pretendeu-se estabelecer um modelo que permitisse estimar a probabilidade do paciente aderir ao programa. Se esta probabilidade for superior a 0,50, o indivíduo será classificado como um paciente que aderirá ao programa.

Resultados

O estudo abrangeu 64 casos e 128 controles, com predominância para o sexo feminino (cerca de 63%). A idade revelou-se significativa ($p = 0,005$) para a adesão ao programa de controle de hipertensão. As associações significativas identificadas na análise univariada quanto à adesão ao programa de controle de hipertensão arterial, foram: características socioeconômicas: ter idade superior a 50 anos; estar sem companheiro; ter menor escolaridade; não ter ocupação; possuir baixa renda mensal. Características relacionadas à hipertensão arterial: portar diabetes mellitus concomitante; apresentar pressão arterial moderada ou grave; dispor de conhecimento sobre o controle da pressão arterial. Características relacionadas ao tratamento: manter tratamento regular; utilizar anti-hipertensivo; consumir maior quantidade de medicamentos; utilizar os medicamentos adequadamente; não haver interrompido

o tratamento. Características relacionadas ao programa de controle da hipertensão arterial: não ter dificuldade de ir ao programa; não ter problemas de relacionamento com a equipe do programa; não dispor de colaboração da família na dieta alimentar. Na análise multivariada, decidiu-se manter no modelo as seguintes variáveis: dificuldade em ir ao programa, renda familiar, presença de diabetes ou outra doença, escolaridade, vivência com um companheiro. O resultado encontrado foi: Y = 2,78846 – 0,0007545 x (renda familiar) – 1,19558 Xdificuldade de ir + 1,581705 Xdiabetes – 0,89427 Xescolaridade=2 – 1,31769 Xescolaridade=3 + 1,10219 Xescolaridade=4 – 1,10671 Xcompanheiro. Tem-se que: Xdificuldade de ir vale 1 se o paciente tem dificuldade de ir ao programa. Em caso contrário, vale 0. Xdiabetes vale 1 se o paciente tem diabetes. Em caso contrário, vale 0. Xescolaridade=2 vale 1 se o paciente freqüentou pelo menos a 2.ª série do ensino fundamental ou concluiu o ensino fundamental. Em caso contrário, vale 0. Xescolaridade=3 vale 1 se o paciente freqüentou o ensino médio (incompleto ou completo). Em caso contrário, vale 0. Xescolaridade=4 vale 1 se o paciente freqüentou o superior (incompleto ou completo). Em caso contrário, vale 0. Xcompanheiro vale 1 se o paciente tem um companheiro. Em caso contrário, vale 0. Se esta probabilidade for superior a 0,50, o paciente será aderente ao programa de hipertensão arterial. O programa estatístico utilizado fornece uma grandeza (G = 55,427) que testa a hipótese de que todos os coeficientes sejam iguais a zero contra a hipótese de que pelo menos um dos coeficientes seja diferente de zero. O nível descritivo p foi igual a 0,000; logo, há evidência de que pelo menos um dos coeficientes difere de zero, confirmando o que foi expresso acima. Outros testes foram utilizados, como: de Pearson (p = 0,586), de Deviance (p = 0,419) e o de Hosmer–Lemeshow (p = 0,252), para verificar o bom ajuste do modelo. Pelos três métodos o modelo foi considerado bem ajustado. A porcentagem de concordância do modelo foi de 80,8%. Foram calculadas as estatísticas de Somers (D = 0,62), de Goodman–Kruskal (y = 0,63) e de Kendall (t= 0,62), onde mostraram que o modelo possui boa capacidade de previsão.

Conclusão

A originalidade desse trabalho se deve principalmente ao fato de não ter sido encontrado na literatura estudos preditivos referentes ao programa de controle da hipertensão arterial. Com a classificação obtida aplicando-se o modelo de regressão logística, a probabilidade de o paciente ser corretamente considerado como aderente é de aproximadamente 80% e a de ser corretamente considerado como não-aderente é de 67%. Portanto, o modelo prevê melhor a adesão do que a não-adesão, permitindo ao programa de controle de hipertensão instituir medidas especiais para os prováveis não-aderentes. Fatores relacionados ao serviço de saúde, como boas relações com os profissionais de saúde (equipes da UBS e do programa), disponibilidade de médico, fornecimento de medicamentos sem interrupção e adequação de horário no atendimento, revelaram-se como importantes na adesão ao programa e, se melhorados, podem estimular o paciente a cuidar de sua saúde, diminuindo os entraves que o levam a não freqüentar o programa. São sugeridas para a prevenção da não-adesão ao programa de controle de hipertensão arterial as seguintes medidas: • Obtenção de informações adequadas sobre os doentes quanto à residência e local de trabalho, para contato quando for necessário; • Atenção especial a hipertensos que não apresentam co-morbidades; • Busca ativa sistemática dos pacientes que não comparecerem por mais de seis meses ao programa de controle de hipertensão; • Ênfase nas práticas educativas, principalmente para os indivíduos com escolaridade de mais de três séries do ensino fundamental até o ensino médio, e principalmente para aqueles que vivem com companheiro; • Considerando que a dificuldade em controlar a hipertensão é muito grande, devido aos muitos fatores que a influenciam e à ausência de sintomas

na maioria das vezes, os pacientes necessitam de acompanhamento mais próximo, sendo uma das estratégias recomendáveis nessa situação a atenção farmacêutica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/educacao/documentos/documents/hiperdia2.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria GM n.º 371*, de 4 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/portaria_371.php>. Acesso em: 30 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informações de saúde. Estatísticas vitais, mortalidade 2005*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em: 30 jan. 2007.

CYMROT, R. Noções sobre conduta na análise estatística de dados. In: CASTRO, L.L.C. (Org.). *Fundamentos de farmacoepidemiologia*. [S.l.]: Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos, p. 37-68, 2005.

JARDIM, P.C.B.V. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G.; MION JR., D. (Orgs.). *Adesão ao tratamento*: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, p. 57-68, 2001.

JNC 7 – *THE SEVENTH REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE*. US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. USA. NIH n. 03-5233. 2003.

MARTÍNEZ, C.B. Cumplimiento terapéutico e hipertensión arterial. *Atención Primaria*, v. 34, n. 8, p. 397-398, 2004.

MOSCATI, I.M.; PERSANO, S.; CASTRO, L.L.C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L.L.C. (Org.). *Fundamentos de farmacoepidemiologia*. [S.l.]: Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos. p. 170-180, 2000.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, v. 353, n. 5, p. 487-497, 2005.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 2006 / V BRAZILIANGUIDELINES FOR ARTERIAL HYPERTENSION 2006. Int. J. *Atheroscler*., v. 1, n. 2, p. 71-123, 2006.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. [S.l.: s.n.], 2003. ISBN 92 4 154599 2.

MENÇÃO HONROSA

Propaganda de medicamentos. É possível regular?

Autor: Álvaro César Nascimento
Orientadora: Jane Dutra Sayd
Instituição: Instituto de Medicina Social / UERJ
Contato: alvaron@ensp.fiocruz.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

No Brasil, a magnitude dos problemas causados pela relação entre a indústria farmacêutica, suas estratégias de marketing e as políticas voltadas para a promoção do uso racional do medicamento leva a que o Estado, nos últimos 30 anos, busque regular a propaganda de medicamentos através de leis1, decretos2, códigos3 e mais recentemente através da Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa4. Todos estes instrumentos foram historicamente desrespeitados pelo marketing medicamentoso. Uma alternativa ao modelo regulador atual é o desafio que essa pesquisa pretende enfrentar. A Anvisa - frente às críticas à regulação da propaganda farmacêutica feita por vários setores da sociedade, como o Instituto de Defesa do Consumidor (Idec), Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Federação Nacional de Farmacêuticos (Fenafar), Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e outros - colocou em Consulta Pública5 uma proposta com o objetivo de aprimorar a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC 102/2000, que regulava o setor. Como demonstramos neste estudo, o texto publicado para debate pela Anvisa, entretanto, não altera de forma substancial o modelo vigente, não superando nenhuma das suas quatro substanciais fragilidades, que são: 1. A monitoração, fiscalização e punição de irregularidades são realizadas a posteriori do acometimento da infração (quando a população já foi submetida a risco sanitário); 2. As multas cobradas pela Anvisa têm valor irrisório frente aos investimentos do marketing farmacêutico; 3. Não há mecanismo que impeça que mesmo os valores irrisórios das multas sejam repassados aos preços dos produtos, onerando o consumidor; 4. A frase tida como de alerta - "A PERSISTIREM OS SINTOMAS O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO" - ao invés de conscientizar a população a respeito dos riscos da automedicação, estimula pelo menos o primeiro uso de medicamentos sem a devida prescrição, aconselhando a busca de um médico apenas no caso da persistência dos sintomas6. Segundo dados da própria Anvisa7, corroborados por estudos acadêmicos, mais de 90% da publicidade farmacêutica exibida contém irregularidades. Assim, a RDC 102/2000 da Anvisa se constitui em um aparente sistema de regulação, que beneficia o infrator e mantém a população sob risco sanitário permanente. Esta pesquisa busca construir argumentos que sustentem o estabelecimento de um novo modelo de regulação da propaganda de medicamentos no Brasil,

incorporando nele as lógicas da promoção da saúde e da prevenção do risco sanitário. Este novo modelo se demonstra aplicável à realidade do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária brasileiro, é coerente com os princípios do SUS8, com os da Política Nacional de Medicamentos9 e com os critérios éticos preconizados pela OMS10 para a propaganda de medicamentos.

Introdução

A lógica desta pesquisa se baseia na compreensão de que a Vigilância Sanitária (área onde se inserem as ações reguladoras da propaganda de medicamentos) é parte integrante da saúde pública11. Este estudo conceitua quatro objetos: o Marketing12, o Medicamento13, a Regulação14, a Propaganda e a Manipulação15, a partir de vários autores de referência. A seguir, descreve e analisa exemplos das práticas de marketing voltadas a elevar o consumo de medicamentos. Neste levantamento, são utilizados como referência publicações internacionais16 cujos autores se dedicaram ao campo que se estabeleceu definir como "Disease Mongering" (Produção de Doenças) e estudiosos da área da saúde no Brasil17,18,19. Também se analisa um exemplo concreto de legislação reguladora de propaganda de medicamentos, tomando como base duas Diretivas da União Européia20,21 destinadas a impor maiores limites ao marketing farmacêutico nos seus 15 países-membros. E um estudo do real impacto e a verdadeira eficácia destes mecanismos reguladores, considerando a avaliação de organismos de defesa do consumidor da Europa, liderados pela Consumers International22. A pesquisa também analisa a regulação da propaganda de medicamentos para grande público no Brasil, suas fragilidades e as punições aos infratores23. Também é identificado o conjunto de interesses que se manifesta no campo e que se tornaram mais explícitos no processo de participação da sociedade na Consulta Pública 84/2005 da Anvisa, que tinha como objetivo aprimorar o modelo regulador. A título de conclusão, a pesquisa propõe um debate sobre os parâmetros necessários a um modelo regulador capaz de superar as fragilidades do atual sistema e assegurar a implementação de políticas voltadas para a prevenção do risco provocado pela publicidade enganosa, perigosa e/ou abusiva veiculada nos meios de comunicação de massa no Brasil.

Objetivo

O objetivo desta pesquisa é descrever e analisar práticas de marketing farmacêutico promovidas pela indústria farmacêutica, agências de publicidade, empresas de comunicação e comércio varejista; as deficiências da regulação da propaganda de medicamentos para grande público no Brasil; estatutos internacionais do setor (especificamente duas Diretivas da União Européia); a visão de entidades de defesa do consumidor daquele bloco de países em relação a estes mecanismos; e propor um modelo capaz de superar as fragilidades da atual regulação da propaganda de medicamentos no Brasil.

Metodologia

Este estudo realiza uma análise de artigos científicos, discursos, documentos oficiais e de legislações nacionais e internacionais relativos à área da propaganda de medicamentos voltada para grande público, com base em várias fontes de informação, descritas em cada capítulo. Entre o material analisado estão:

1. A edição especial da Public Library of Science (PloS) Medicine, editada em Londres em maio de 2006, onde vários artigos analisam a produção e a promoção de doenças com vistas a elevar artificialmente o consumo de medicamentos; 2. As duas diretivas da União Européia (UE) que impactam as práticas do marketing medicamentoso. A primeira diretiva visa a proteger os consumidores da prática da propaganda enganosa e a segunda trata especificamente da propaganda de produtos farmacêuticos, no âmbito do Código Comunitário sobre Medicamentos de Uso Humano; 3. As conclusões de recente pesquisa - realizada em 2006 pela Consumers International (CI) com financiamento da própria União Européia - a respeito das irregularidades praticadas pelo marketing farmacêutico em vários países europeus; 4. As legislações reguladoras que, com vistas a diminuir o estabelecimento do risco sanitário e proteger a saúde da população, impactam a prática da propaganda e do marketing farmacêutico no Brasil; 5. Os dados do Projeto de Monitoração da Propaganda de Medicamentos no Brasil, realizado sob a coordenação da Gerência de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária da Anvisa; 6. O processo relativo à Consulta Pública 84/2005 da Anvisa, com vistas a alterar a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 102/2000 - que regulava a propaganda de medicamentos no Brasil -, incluindo os posicionamentos do setor regulado, Governo e entidades representativas de consumidores, de profissionais de saúde e da academia; 7. Os debates travados nos últimos três anos na Câmara Setorial de Propaganda da Anvisa a respeito da regulação da propaganda de medicamentos24,25, incluindo uma análise da participação social naquele fórum e as iniciativas da Gerência de Propaganda da Anvisa nos campos da regulação e da "educação para a saúde" 26,27.

Resultados

O estudo conclui que são significativas as fragilidades do modelo de regulação da propaganda de medicamentos no Brasil. Mas que é possível superá-las. Os principais resultados da pesquisa indicam: 1. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária não se demonstra capaz de proteger a sociedade do risco sanitário provocado pela propaganda irregular de medicamentos. Há apenas uma aparência de regulação, que efetivamente não existe na prática; 2. A persistência no acometimento de irregularidades no setor denota que a série de leis, decretos e resoluções editadas nos últimos 30 anos no Brasil peca por preconizar uma regulação feita a posteriori do estabelecimento do delito sanitário, após expor a sociedade a risco; 3. As punições estabelecidas são brandas em relação à gravidade do delito, não representando prejuízo significativo ao infrator, tendo em vista a magnitude dos investimentos em publicidade no setor e os baixíssimos valores das multas, que não chegam a 1% do valor total dos investimentos na propaganda farmacêutica; 4. Não há mecanismo eficiente para evitar que, mesmo as irrisórias multas aplicadas, sejam repassadas aos preços dos produtos, onerando mais ainda o consumidor; 5. O que o modelo regulador consegue "impor" ao setor regulado é a exibição da frase "A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado", que estimula pelo menos o primeiro consumo, através da perigosa prática da automedicação, já que preconiza a busca do prescritor somente após o primeiro uso do produto farmacêutico e no caso da persistência dos sintomas; 6. O modelo regulador da propaganda, sob direção da GPROP/ Anvisa, demonstra significativo déficit também quando desrespeita os instrumentos constitucionais de participação social. Duas decisões, uma aprovada pelo plenário da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária28 e outra também pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde29, ambas com vistas à suspensão da prática da propaganda de medicamentos para grande público no Brasil, são

apenas dois dos exemplos mais significativos de iniciativas da sociedade organizada no âmbito do SUS que foram totalmente desconsideradas pela Anvisa, o que demonstra o quanto a Agência ainda é impermeável a esta participação; 7. Constata-se clara tendência à substituição das ações reguladoras da Anvisa por outras de questionável impacto na efetiva melhoria de conteúdos das peças publicitárias de medicamentos, ligadas a uma pretensa "educação" voltada para o uso correto do medicamento, levadas à frente junto a públicos geograficamente limitados; 8. O estudo aponta para a necessidade de se estabelecer um verdadeiro debate sobre o tema, no sentido de assegurar a redução do risco sanitário a que hoje a população se mantém exposta, cumprindo assim uma tarefa primordial do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, também estabelecida na Política Nacional de Medicamentos, quando trata do uso racional de medicamentos.

Conclusões

Após cotizar a legislação brasileira com a de países avançados, a pesquisa realizada propõe: 1. A suspensão da propaganda de medicamentos para grande público no Brasil em todos os meios de comunicação, através do devido dispositivo legal; 2. Frente à possibilidade de que pressões políticas e econômicas inviabilizem a proposta de suspensão desta prática no País, cabe ao Estado, através principalmente da Anvisa e do Ministério da Saúde, utilizar todos os mecanismos legais com vistas a aprovar previamente as peças de propaganda farmacêutica para grande público, com o objetivo de proteger a população dos anúncios perigosos e abusivos, prevenindo, assim, o uso incorreto, irracional, inconsciente, perigoso e muitas vezes desnecessário de medicamentos; 3. A atitude a ser tomada no campo político diz respeito ao necessário prosseguimento do debate em torno de uma regulação mais abrangente, que incorpore - a exemplo do que já é feito em outros países como França, Espanha, Reino Unido, Suíça, Austrália, México e Equador30 - o estatuto da Anuência Prévia pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de toda propaganda farmacêutica para grande público, prevenindo o risco a que a população está exposta, ao invés de dirigir o esforço regulador para identificar a irregularidade já cometida, quando o mal já está feito e o risco já se estabeleceu.

Referências

1. BRASIL. Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 24 set. 1976. Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16615>. Acesso em: 10 out. 2007.

2. _____. Decreto no 79.094. 1977. Regulamenta a Lei no 6.360, de 23 setembro de 1976, que submete a sistema de vigilância sanitária os medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneamento e outros. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 05 jan. 1977. Disponível em: <https://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/ decreto_79094_77.pdf<https://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/%20decreto_79094_77.pdf>>. Acesso em: 10 out 2007.

3. _____. Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8078.htm>. Acesso em: 10 out. 2007.

4. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 102/2000. Disponível em: <www. anvisa.gov.br/institucional/ anvisa/apresentacao. htm<http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/apresentacao.htm>>. Acesso em: 13 dez. 2006.

5. _____. Consulta Pública nº 84, de 16 de novembro de 2005. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP%5B12663-1-0%5D.PDF>. Acesso em: 10 out. 2007.

6. NASCIMENTO, A.C. Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado. Isto é regulação? São Paulo: Sobravime, 2005.

7. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. O controle necessário para as propagandas na construção da cidadania. 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2005/261205_1_texto_de_esclarecimento.pdf>. <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2005/261205_1_texto_de_esclarecimento.pdf%3e.%20Acesso%20em:%2010.out.%202007> Acesso em: 10 out. 2007.

8. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 out. 2007.

9. _____. Ministério da Saúde. Portaria 3.916, de 30 de outubro de 1998. Estabelece a Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 19 nov 2009.

10. CRITÉRIOS éticos para la promoción de medicamentos. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1988. Disponível em: < http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/who-wha-41-17.pdf >. Acesso em 10.out.2007.

11. COSTA, E.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.) Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

12. KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. Princípios de marketing. 9. ed. São Paulo: Pearson/Prentice Hall, 2005.

13. SCHENKEL, E. P. Cuidado com os medicamentos. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.

14. BOYER, R. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel, 1990.

15. BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; GIANFRANCO, P. Dicionário de política. 5. ed. Brasília: Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000.

16. Plos Medicine: Public Library of Science, Londres, v. 3, n. 4, abr. 2006. Disponível em: <http://collections.plos.org/plosmedicine/diseasemongering-2006. php<http://collections.plos.org/plosmedicine/diseasemongering-2006.%20php>>. Acesso em: 31 out. 2007.

17. BARROS, J.A. Propaganda de medicamentos: atentado à saúde? São Paulo: Hucitec, 1995.

18. TEMPORÃO, J.G. A propaganda de medicamentos e o mito da saúde. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

19. SOARES, J.C.R.S. Quando o anúncio é bom, todo mundo compra: o projeto MonitorAÇÃO da Propaganda de Medicamentos no Brasil. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=722>. Acesso em: 10 out. 2007.

20. UNIÃO EUROPÉIA. Diretiva 2001/83/CE. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/oj/2001/l_311/l_31120011128pt00670128.pdf>. Acesso em: 20 out .2007.

21. UNIÃO EUROPÉIA. Diretiva 2004/27/CE. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&numdoc=32004L0027&model=guichett&lg=pt>. Acesso em: 20 out. 2007.

22. CONSUMERS INTERNATIONAL. La salud patentada: la perspectiva del consumidor sobre la RSE, la promoción de medicamentos y la industria farmacéutica em Europa. 2006. Disponível em: <www. onsumersinternational.org/pharma<http://www.consumersinternational.org/pharma>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

23. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Dados quantitativos referentes à monitoração e fiscalização de propaganda: II etapa do Projeto de Monitoração de Propaganda de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária - GPROP/ANVISA. 2005. Disponível em: <http://anvisa.gov.br/propaganda/dados_set_2005.ppt>. Acesso em: 10 out. 2007.

24. _____. Ata da Segunda Reunião da Câmara Setorial de Propaganda e Publicidade de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.anvisa. gov.br/propaganda/csprop/resumos/02_220206.htm>. Acesso em: 15 out. 2007.

25. _____. Ata da Terceira Reunião Ordinária da Câmara Setorial de Propaganda e Publicidade de Produtos Sujeitos à Vigilância Sanitária da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2006.8 p.

26. _____. Anvisa vai à escola falar sobre propaganda de medicamentos. 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/propaganda/educacao_saude/propaganda_escola.htm>. Acesso em: 15 out. 2007.

27. _____. Educação e promoção da saúde no contexto escolar: o contributo da Anvisa para o uso racional de medicamentos. 2007. Disponível em: <http://www.contributo.com.br/ jsp/main.jsp<http://www.contributo.com.br/%20jsp/main.jsp>>. Acesso em: 15 out. 2007.

28. _____. I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório Final. Brasília, 2001. 159 p.

29. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ata da Centésima Septuagésima Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. 2007. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/atas/2007/ata170.doc>. Acesso em: 10 out. 2007.

30. _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estudo comparado: regulamentação da propaganda de medicamentos. Brasília, 2005. 164 p.

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos
2009

Categoria:
Dissertação de Mestrado

TRABALHO PREMIADO

Estudo da utilização de medicamentos antidiabéticos orais e insulina prescritos aos usuários do Sistema Único de Saúde portadores de diabetes mellitus

Autores: Camilo Molino Guidoni*, Anna Paula de Sá Borges*, Osvaldo de Freitas*, Leonardo Régis Leira Pereira*
Instituição: *Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica (CPAFF) da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP-USP)
Contato: camiloguidoni@yahoo.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Os medicamentos constituem a tecnologia mais utilizada no tratamento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), sendo o item mais oneroso para os sistemas de saúde. Além disso, os portadores de DCNT necessitam de tratamento farmacológico por toda a vida e atualmente existe uma preocupação crescente dos sistemas de saúde do mundo e do Brasil com a elevação dos custos com insumos farmacêuticos. Dessa forma revela-se preocupante a evolução do custo dos medicamentos no Brasil devido ao aumento percentual do orçamento anual do Ministério da Saúde (MS). Enquanto os gastos totais com saúde aumentaram em 9,6%, aqueles com insumos farmacêuticos tiveram incremento de 123,9% no período de 2002 a 2006, evidenciando o descompasso do crescimento (MS, 2007). Sendo assim a União teve que ampliar o repasse financeiro para o MS que, por sua vez, possivelmente teve que reduzir investimentos em outros setores. Tal fato demonstra que a utilização dos medicamentos precisa ser monitorada para identificar fatores que possam minimizar essa discrepância. Sendo assim, os estudos de utilização de medicamentos (EUMs) são necessários no contexto atual da saúde pública, pois contribuem para detectar situações de risco para a população, monitorar o consumo dos medicamentos, auxiliar na identificação das enfermidades mais prevalentes, o que possibilita a realização de intervenções adequadas e oportunas nos sistemas de saúde e na otimização da Gestão da Assistência Farmacêutica, promovendo o uso racional dos medicamentos. Contudo, mesmo os EUMs sendo considerados menos dispendiosos financeiramente que outros tipos de estudos, de fácil aplicabilidade e rapidez no seu desenvolvimento e importantes na análise do uso dos medicamentos na população "real", ainda continuam sendo escassos em nosso país. Portanto, com recursos de informatização e banco de dados contendo informações sobre a utilização de medicamentos no sistema único de saúde (SUS), torna-se possível desenvolver a metodologia dos EUMs, possibilitando um gerenciamento adequado da utilização de medicamentos pelos usuários do SUS, com a finalidade de evitar gastos desnecessários e dessa forma ampliar o acesso da população ao serviço público de saúde com qualidade. Atualmente, o DATASUS compreende um amplo banco de dados que pode ser utilizado para a aplicação da metodologia

desenvolvida neste trabalho, permitindo avaliar o uso de medicamentos a nível nacional. Por conseguinte, a presença de um sistema informatizado no município de Ribeirão Preto-SP permitiu a realização deste projeto piloto, que poderá ser expandido para outras localidades brasileiras, visto que o Distrito Sanitário de Saúde estudado conta atualmente com 140 mil habitantes, população esta maior que milhares de municípios brasileiros, sendo, portanto, aplicável e viável para todo o território nacional.

Introdução

O Diabetes mellitus (DM) é uma das DCNT mais prevalentes do mundo, com prevalência estimada para 2030 de 7,7% da população mundial e brasileira entre 20-79 anos (IDF, 2009). A terapêutica medicamentosa é a principal forma de tratamento dos pacientes portadores de DM. No decorrer dos anos, o portador de DM apresenta agravamento no controle da enfermidade, principalmente se não tratada adequadamente, o que onera o serviço de saúde. Além disso, o DM está associado a várias comorbidades como, por exemplo, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, necessitando de uma abordagem interdisciplinar e uma melhor atenção dos sistemas de saúde. Em adição, o paciente necessita utilizar mais de um medicamento para o controle do DM e das comorbidades associadas. Além disso, as DCNT apresentam um custo elevado para o SUS e quando não prevenidas e gerenciadas adequadamente demandam uma assistência médica de custo crescente, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica para o seu controle (MALTA et al., 2006). Por conseguinte, faz-se necessário desenvolver metodologias rápidas e menos onerosas para o sistema público de saúde, visando o uso racional de medicamentos e dos recursos destinados à sua aquisição. Dessa forma, o presente estudo contribui fundamentalmente para a otimização do tratamento farmacológico do DM, pois fornece subsídios para a avaliação da utilização dos medicamentos antidiabéticos orais (ADOs) e insulina nos pacientes atendidos pelo SUS no Distrito Sanitário Oeste do município de Ribeirão Preto-SP.

Objetivos

Estudar a utilização de medicamentos antidiabéticos orais e insulina prescritos aos portadores de DM atendidos pelo SUS do Distrito Sanitário Oeste de Ribeirão Preto-SP através da identificação do princípio ativo, número de medicamentos, dose, faixa etária, gênero, freqüência de retirada de medicamentos para o tratamento do DM, comorbidades associadas e medicamentos utilizados para o tratamento das comorbidades.

Metodologia

O município de Ribeirão Preto-SP, por meio da Lei Orgânica do SUS, que dispõe sobre a descentralização e a territorialização da saúde, é dividido em cinco Distritos Sanitários, sendo Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. Assim, o presente estudo foi realizado no Distrito Sanitário Oeste do município de Ribeirão Preto-SP que possui uma população estimada em torno de 140 mil habitantes, no período compreendido entre mar/2006 a fev/2007. Além da estrutura organizacional com relação à assistência a saúde, a Secretaria Municipal de Ribeirão Preto-SP

(SMS-RP) dispõe desde 1993 de um banco de dados, denominado sistema Hygia, no qual são registrados de forma simultaneamente ao atendimento todos os procedimentos realizados na atenção primária e secundária junto aos usuários atendidos pelo SUS em Ribeirão Preto-SP. Vale salientar que para cada paciente é fornecido um único número Hygia, identificando-o durante toda a vida. A seleção dos usuários foi realizada através de levantamento junto ao sistema Hygia. Vale ressaltar que foram incluídos nesse estudo todos os usuários que retiraram pelo menos um dos medicamentos ADOs (glibenclamida, glicazida, metformina) ou insulina junto às farmácias das unidades de saúde do distrito oeste, durante o período de estudo. Devido ao fato de o sistema Hygia não permitir a identificação dos indivíduos por meio do diagnóstico clínico, para a obtenção dos números Hygia dos portadores de DM atendidos no Distrito Sanitário Oeste de Ribeirão Preto-SP, foi necessário realizar a busca acessando o banco de dados através do código de identificação individual de cada medicamento ADO e insulina fornecido pelo SUS associado as oito unidade de saúde pertencente ao distrito oeste de Ribeirão Preto-SP. Dessa forma, os resultados disponibilizados pelo banco de dados foram: data de retirada do medicamento; número Hygia do paciente pessoal e intransferível; gênero e idade do paciente; quantidade de comprimidos ou ampolas retirada na data correspondente para cada medicamento, consultas e unidade de saúde onde ocorreu o atendimento. Sendo assim, foi possível estudar o número de usuários portadores de DM atendidos no Distrito Sanitário Oeste de Ribeirão Preto-SP; caracterizar os usuários de acordo com o gênero, idade e dose diária prescrita dos ADOs e insulina; identificar os esquemas terapêuticos utilizados pelos usuários identificados no estudo; calcular a freqüência de retirada dos medicamentos; calcular a variação no número de medicamentos e na dose utilizada; identificar as comorbidades associadas ao DM.

Resultados

Foram identificados 3927 usuários portadores de DM pertencentes ao Distrito Oeste de Ribeirão Preto-SP, com média de idade de 60,4 anos e 60,8% do gênero feminino. De acordo com a prevalência por faixa etária, 55% apresentavam idade superior aos 60 anos. Aproximadamente 60,0% dos usuários utilizaram monoterapia (1ADO ou insulina). A metformina foi a monoterapia mais prescrita (31,8% dos usuários), enquanto que associação mais utilizada foi metformina + glibenclamida (28,4% dos usuários). Cinco usuários (0,1%) utilizavam a associação de glibenclamida + glicazida, sendo importante salientar a inadequação desta prescrição, pois os medicamentos possuem mecanismo de ação semelhante, pertencendo à mesma classe terapêutica, sendo a associação não recomendada pela Food and Drug Administration (FDA). Em relação ao uso de insulina, verificou-se que 3,3% dos usuários utilizavam insulina em monoterapia, enquanto que 11,6% dos usuários utilizavam a combinação desse hormônio com ADOs. Durante o período de estudo, houve diminuição de 5,7% dos pacientes que faziam uso de monoterapia e acréscimo de 8,6% nos que utilizaram politerapia, indicando uma tendência de agravamento no quadro clínico, que pode estar relacionada à progressão natural do DM, e que é acelerada quando não tratada adequadamente. A dose média dos ADOs encontra-se dentro da faixa preconizada pela literatura. Entretanto, 4 usuários utilizaram dose de glibenclamida superior a 20,0 mg/dia, 6 usuários dose de metformina superior a 2550 mg/dia e outros 128 indivíduos receberam dose de metformina inferior a 850 mg/dia. Esses achados apresentam relevância científica, pois a

administração de doses acima dos valores recomendados aumenta a probabilidade de Reação Adversa a Medicamentos (RAM). Em contrapartida, as doses abaixo dos valores preconizados podem contribuir para o insucesso terapêutico. A freqüência média de retirada de medicamentos para tratamento do DM de todos os grupos terapêuticos foi superior a 75,0%. Entretanto 8,8% dos usuários apresentaram freqüência média inferior a 33,5%, sendo considerados desistentes do tratamento. Com relação à terapêutica, 25,2% dos usuários apresentaram variação da dose no período avaliado, sendo que o aumento de dose correspondeu a 79,3% dessa variação. A metformina foi o medicamento com o maior número de usuários apresentando elevação da dose (18,2%). Com relação à variação no número de medicamentos prescritos, 17,7% dos usuários desse estudo apresentaram alterações, onde em 49,7% evidenciou-se adição simples, 26,6% retirada e 23,7% substituição de medicamentos. Em relação às comorbidades, identificou-se hipertensão arterial (73,5%), dislipidemia (25,9%), asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica (4,2%), insuficiência cardíaca ou fibrilação auricular (3,9%), enfermidade coronariana (3,7%) e arritmia (1,9%). Vale salientar que a identificação das comorbidades foi realizada através da retirada de medicamentos, pois o sistema Hygia não fornece o diagnóstico.

Conclusão

O gênero feminino constituiu a maioria da população estudada, com idade média estatisticamente mais elevada, confirmando relatos da literatura onde a mulher apresenta maior expectativa de vida e maior preocupação com o cuidado à saúde. Pode-se observar neste estudo alta prevalência de idosos com DM, demonstrando a cronicidade da enfermidade. Este fato torna-se preocupante, pois se sabe que os idosos apresentam elevada ocorrência de enfermidades, necessitando de tratamentos múltiplos, que pode aumentar o risco de reações adversas e interações medicamentosas. Em relação aos esquemas terapêuticos, o alto índice de pacientes utilizando monoterapia pode indicar dificuldades de acesso desses indivíduos às consultas médicas e aos exames laboratoriais, que acarreta uma prescrição insuficiente para o controle da enfermidade, pois nesses pacientes, o maior tempo de diagnóstico representa maior número ADOs ou insulina para alcançar as metas de controle glicêmico ideal. Atualmente, apenas três medicamentos ADOs (glibenclamida, glicazida, metformina) e insulina são disponibilizados pela SMS-RP, o que diminuiu número de possibilidades de associações, dificultado o tratamento. Corroborando com este fato, dentre os três ADOs disponibilizados, dois são pertencentes à mesma classe terapêutica e, portanto, não deveriam ser associados. Em adição, um dos problemas relacionados ao cuidado prestado aos portadores de DCNT consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas. Portanto, essa logística de cuidado das doenças crônicas é responsável pelos desastres sanitários e econômicos dos sistemas de saúde do mundo. Dessa forma, a implantação de metodologias que visam à utilização de medicamentos colaboram com a identificação do uso inadequado de medicamentos, contribuindo para a otimização no uso de recursos públicos de saúde, garantindo um tratamento custo-efetivo para os sistemas de saúde e seguro para o paciente.

Agradecimentos

À Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP-USP) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Evolução dos Gastos do Ministério da Saúde com Medicamentos**. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde. 2007. 34p.

IDF - INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas**. 4º ed. Brussels: International Diabetes Federation. 2009. 100p.

MALTA, D.C; CEZÁRIO, A.C; MOURA, L; MORAIS-NETO, O.L; SILVA-JUNIOR, J.B. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Brasil, v. 15, n. 1, p. 47–65, 2006.

MENÇÃO HONROSA

"Casas de Saúde" e Assistência Farmacêutica: desafios da saúde indígena em Belém e Macapá

Autora: Jocileide de Sousa Gomes
Orientador: Flávio Leonel Abreu da Silveira
Instituição: Universidade Federal do Pará
Contato: jocileidesg@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Por meio da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi estabelecida a garantia do acesso destes à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme a Portaria nº 254/02 (regulamenta a estrutura organizativa dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas, os quais devem ser prestados pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) através do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), reconhecendo-o enquanto subsistema do Sistema Único de Saúde) do Ministério da Saúde, o uso adequado e racional de medicamentos às comunidades indígenas seria assegurado através da prestação de uma Assistência Farmacêutica diferenciada. No entanto, as ações dessa assistência na política de saúde Indígena devem atender às especifi cidades epidemiológicas dos DSEIS, o que é bastante desafiador frente às dificuldades de registro desses dados. Além disso, Diehl (2001) aponta que, se os dados sobre a saúde indígena são poucos e esparsos, o mesmo se diz sobre referências concernentes à utilização dos serviços de atenção biomédica que lhes são dispensados. Portanto, reforça-se a necessidade de se disponibilizar dados sobre a Assistência Farmacêutica que é praticada na saúde indígena, a fim se ter um panorama mais nítido sobre o assunto e propor intervenções que assegurem o acesso e uso racional de medicamentos à sociedade indígena nacional atendida pelo SUS. É importante manifestar a relevância desta pesquisa quando se permite refletir sobre o significado da Assistência Farmacêutica na sua prática, em seu contexto geral e no cotidiano dos serviços de saúde locais, sobretudo os indígenas.

Introdução

Pesquisar sobre a Assistência Farmacêutica (AF) na Saúde Indígena significa abordar um tema com incipiente número de publicações na área acadêmica. Afirmo isso, porque ao realizar revisão de literatura sobre saúde indígena, identifiquei uma escassez de registros específicos sobre o perfil de uso de medicamentos entre os índios brasileiros, especialmente, sobre a forma como a Assistência Farmacêutica é operacionalizada nas instituições que oferecem serviços de saúde para esses povos. Segundo Diehl (2001), o processo de interação entre índios brasileiros e a sociedade não-indígena envolveu, desde longa data, a oferta de medicamentos alopáticos, o que

me fez indagar sobre como esta relação é estabelecida em práticas de cura. Para Nichter (1996, p. 275), "o crescente apelo das populações indígenas aos remédios ocidentais deve-se à promessa de controle da febre e da dor, redução da ansiedade e aumento de confiança", caracterizando o medicamento enquanto uma espécie de "pílula mágica", segundo Léfreve (1991). O crescente aumento de demanda das populações indígenas ao consumo de medicamentos tende a expô-las aos riscos inerentes a este uso, desde a utilização indiscriminada de medicamentos (por exemplo, os antibióticos) até a ocorrência de reações adversas medicamentosas, em alguns casos, fatais. Sendo assim, o acesso da população indígena a medicamentos essenciais, eficazes, seguros e sob orientação adequada quanto ao uso, está longe de ser alcançado sem a estruturação de uma política de Assistência Farmacêutica nos setores de saúde que os assistem, visto que a premissa do acesso e uso racional de medicamentos perpassa as diretrizes da referida política.

Objetivos

Desse modo, a presente pesquisa buscou estudar a Assistência Farmacêutica nas Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) de Belém e do Amapá propondo-se a identificar o espaço destinado ao medicamento nas referidas CASAIS, identificar o perfil do profissional responsável pela prática da Assistência Farmacêutica quanto à sua formação profissional e atividade realizada na CASAI a fim de se comparar as atividades desenvolvidas em Assistência Farmacêutica, nas mesmas, com a recomendada na literatura e legislação vigente, identificando os desafios em realizá-la na saúde indígena.

Metodologia

A presente pesquisa foi realizada nas Casas de Apoio à Saúde Indígena de Belém (dez/06 e jan/07) e do Amapá (jul/06 e fev/07), pelo fato de ambas terem tido em seu quadro de recursos humanos, um profissional farmacêutico e o espaço farmácia, considerados critérios para a minha escolha. Esta pesquisa apresentou natureza exploratória, descritiva e qualitativa. As informações obtidas na pesquisa de campo se deram através de entrevistas e observação direta, as quais me auxiliaram na compreensão da forma como a Assistência Farmacêutica é realizada nestas CASAIS. A pesquisa documental também foi realizada durante o estudo, a fim de se obter informações de documentos oficiais sobre a Assistência Farmacêutica no contexto nacional e, especificamente, na saúde indígena. Também realizei registro fotográfico para compreender, a partir de uma dimensão imagética, os espaços onde foram encontrados os medicamentos, a maneira como estavam dispostos nesses locais, os documentos utilizados nas ações envolventes à "prática" da Assistência Farmacêutica, entre outros. A amostra da pesquisa foi composta por funcionários envolvidos direta e indiretamente no ciclo da Assistência Farmacêutica prestada nas CASAIS. Aos mesmos, apresentei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com informações sobre os objetivos e procedimentos do estudo, firmando o caráter voluntário da participação e a garantia do anonimato, bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza. A fim de atingir os objetivos da pesquisa, busquei exercitar "o olhar", "o ouvir" e "o escrever", conforme considerações de Cardoso de Oliveira (2000). A partir do exercício do "olhar", pude observar como as etapas

da Assistência Farmacêutica são conduzidas nas CASAIS em estudo. Para esta estratégia, foi utilizado como instrumento de pesquisa o roteiro de observação, com questões observacionais, que me conduziram a observar o atendimento dos principais requisitos pertinentes às ações que envolvem o ciclo da Assistência Farmacêutica, desde a etapa da seleção até a dispensação, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 338/04 que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Ao exercício do ouvir, fiz uso de um roteiro de entrevista semi-estruturada, do tipo focalizado com questões divididas entre dados da entrevista, do entrevistado e sobre o tema em estudo. Coletaram-se as informações referentes à lógica da "Assistência Farmacêutica" prestada, às dificuldades em se realizar tal tarefa e ao espaço destinado aos medicamentos, a fim de se operacionalizar a abordagem empírica do ponto de vista dos entrevistados e permitir emergir as categorias empíricas e os significados relativos à realidade em estudo. A análise baseou-se em abordagem descritiva da estrutura destinada à Assistência Farmacêutica na CASAI, abrangendo recursos humanos, instalações e organização das atividades e assim elaborar a base textual da pesquisa.

Resultados

Os achados em campo evidenciaram algumas falhas na prática da Assistência Farmacêutica, na qualificação dos profissionais envolvidos, infra-estrutura do espaço ''farmácia'' e operacionalização das etapas desta assistência. Ela não atende à diretriz da Portaria Ministerial nº. 254/02, tampouco está organizada conforme a resolução CNS nº. 338. Entre as falhas encontradas, observou-se a não presença de profissional farmacêutico (os quais foram "substituídos" por profissionais de nível médio como agente administrativo e técnico de enfermagem) tampouco a adequação do espaço "farmácia" enquanto ambiente propício para os medicamentos destinados aos usuários indígenas devido à falta de equipamento para controle de temperatura, falta de armário de controlados (os quais estavam misturados a medicamentos de uso não controlado), entre outros. Além disso, observou-se a não-realização de uma devida seleção e programação de medicamentos, sem levar em consideração os aspectos epidemiológicos, como também, abastecimento irregular e armazenamento inadequado de medicamentos advindos da falta de conhecimento sobre a realização dessas ações. Estas falhas contribuem para o não-acesso a medicamentos essenciais e de qualidade. O não-efetivo controle de estoque, também deve ser mencionado visto que igualmente contribui ao não-acesso como também ao aumento de gastos com medicamentos, quando estes são extraviados ou desperdiçados. A não-dispensação é reflexo da inexistência de um profissional farmacêutico para atender às expectativas do usuário indígena frente à terapia medicamentosa. Além do mais, sem este serviço farmacêutico, o usuário indígena fica mais suscetível aos possíveis erros de prescrição, assim como aos equívocos no processo de uso de medicamento, visto que não dispõe de profissional destinado a orientá-lo e a acompanhá-lo no tratamento medicamentoso prescrito. Portanto, com base nos dados, identifica-se que a saúde indígena nas CASAIS estudadas seguem uma forma de estruturação do sistema de saúde, sem conhecer o contexto de cada realidade, sem dispor da participação de profissional farmacêutico, o que inviabiliza a tentativa de garantir a resolutividade e otimização dos recursos terapêuticos como medicamento, principalmente, quando se trata de Assistência Farmacêutica.

Conclusão

Embora a política de medicamentos tenha sido publicada em 1998, trazendo modelo de Assistência Farmacêutica, não restrito à aquisição e distribuição de medicamentos, mas sim voltado para a promoção do acesso racional de medicamentos, observa-se que os profissionais de saúde das CASAIS analisadas não tomaram conhecimento da amplitude da Assistência Farmacêutica, tendo, portanto, uma visão focalizada no medicamento. Além do mais, a Assistência Farmacêutica, por ser complexa e multiprofissional, necessita do consenso das equipes de saúde sobre suas responsabilidades e funções neste processo, fazendo-se necessário um manual de normas e procedimentos operacionais para sua realização. Nesse sentido, o estudo em questão aponta a necessidade de reestruturação da Assistência Farmacêutica na CASAI, através da criação de serviços de farmácia com capacidade de promover a Assistência Farmacêutica de forma integral aos usuários indígenas. Para consolidar esse novo modelo de reorientação da Assistência Farmacêutica como colocado na Política Nacional de Medicamentos e na Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, considero necessário investir na estruturação da Assistência Farmacêutica em todos os níveis de atenção à saúde indígena, inclusive na alocação e capacitação de recursos humanos, principalmente do profissional farmacêutico. Deve-se, portanto, compreender a Assistência Farmacêutica como política, com toda sua amplitude, capaz de desenvolver ações que variam da prevenção de doenças à promoção e recuperação da saúde, de forma integrada com a equipe multiprofissional, para atender às expectativas dos usuários e dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas. Sendo assim, considero importante que outros estudos sejam realizados neste campo, na tentativa de compreender a estruturação organizacional das instâncias de atendimento dos DSEIS, preparando o serviço de farmácia para garantir o acesso e uso racional dos medicamentos nas sociedades indígenas, quando necessário.

Referências

CARDOSO DE OLIVEIRA. “O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir e escrever” In. CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. ***O trabalho do antropólogo***. Brasília: Paralelo 15;São Paulo Editora UNESP, 2000.

DIEHL, E.E. ***“Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng” (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)***. Dissertação de mestrado.UFRGS, 2001.

LEFREVE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991. 75p.

NICHTER, M. “Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health caremedicine use transition.” In: **Anthropology and International Health - *Asian Case Studies*** (M. Nichter & M. Nichter, orgs.), v. 3, cap. 9, pp. 265-326, 1996

MENÇÃO HONROSA

Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no Estado do Rio de Janeiro

Autor: João Maurício Brambati Sant'Ana
Orientadoras: Vera Lúcia Edais Pepe; Claudia Garcia Serpa Osório de Castro; Miriam Ventura.
Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz)
Contato: jmbrambati@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Os avanços ético-jurídicos no sistema normativo brasileiro têm se desenvolvido em um contexto social que registra acentuados níveis de desigualdade, pobreza, e necessidades de saúde não satisfeitas por longa data. Nesse sentido, o grande desafio brasileiro é efetivar o direito a saúde e harmonizar suas práticas institucionais a nova forma de gestão pública, introduzida pela Constituição Federal Brasileira de 1988, que criou instâncias de participação social no próprio sistema de saúde, mas também ampliou direitos sociais e as possibilidades de intervenção judicial nesse âmbito. O processo de intenso controle da Administração Pública pelo Judiciário no âmbito da saúde faz com que seus agentes se sintam ameaçados pelos mandados judiciais. Por seu turno, os profissionais do direito, cidadãos e grupos organizados, que demandam uma melhor prestação de serviço público, constatam as dificuldades e os desafios do próprio sistema de justiça para responder às novas demandas sociais no campo da saúde. A importância que ganhou a discussão da "judicialização" das demandas por medicamentos é, portanto, reveladora das deficiências e insuficiências de ambos os sistemas – o de saúde e de justiça. No caso dos medicamentos, a positivação do direito a assistência farmacêutica integral é o pano de fundo que enseja a possibilidade de intervenção judicial, e as listas de medicamentos essenciais são as mais efetivas ferramentas sanitárias e gerenciais disponíveis para concretizar esse direito para a maioria da população. A consideração do primeiro destacado do segundo conduz à tomada de decisão com base em escassos subsídios clínicos e, portanto, passível de condescender com o desperdício de recursos públicos e com o uso irracional de medicamentos. Por sua vez, o acolhimento do segundo descolado do primeiro leva à inflexibilidade na operacionalização das listas de medicamentos prioritários pelos gestores do SUS e exclui do direito à assistência farmacêutica os desafortunados cidadãos que não comungam com a maioria. O presente estudo justifica-se face à crescente demanda judicial para acesso a medicamento no estado do Rio de Janeiro, especialmente nas últimas duas décadas; pela importância que esse fenômeno vem assumindo para os gestores do SUS e pelos desafios que significa para as novas relações político-institucionais estabelecidas entre o setor saúde e o Judiciário. Compreender melhor o que cada ator considera como

essencial e suas fundamentações, pode colaborar para estabelecer uma relação dialógica entre os dois setores, favorável à aplicação adequada dos princípios éticos e jurídicos da legislação nacional e das diretrizes médico-científicas, nas ações e deliberações desses setores. A melhor compreensão pode, portanto, contribuir para reduzir as distorções da alta intensidade de demandas judiciais, de forma a beneficiar o cidadão na garantia do acesso ao medicamento que tenha eficácia e segurança definidas e que seja o mais adequado ao seu problema de saúde.

Introdução

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece que a saúde é "...direito de todos e dever do Estado..." 1 e a Lei Federal n.º 8.080/1990 delega ao Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica 2. Movendo-se pela necessidade de reorientar a assistência farmacêutica e após intenso processo de discussão envolvendo diversos segmentos da sociedade interessados no tema, foi aprovada, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos (PMN), com o objetivo precípuo de garantir o acesso aos medicamentos considerados essenciais 3. A operacionalização do conceito de medicamentos essenciais (ME) 4, além de colaborar para o Uso Racional de Medicamento (URM), está totalmente imbricada com a questão da integralidade da atenção, uma vez que como ME estão contemplados não apenas os destinados à atenção básica, como também alternativas terapêuticas para situações de média e alta complexidade 5. No entanto, apesar dos avanços nas políticas e ações públicas de assistência farmacêutica, estudos têm identificado dificuldades de acesso da população aos medicamentos necessários à assistência integral à saúde 6, 7. A positivação do direito à Saúde no ordenamento jurídico brasileiro, aliada à persistente iniqüidade no acesso aos bens e serviços de saúde, ensejou o recurso à tutela jurisdicional e deu vazão ao aumento das demandas judiciais para efetivação desse direito. Tal fenômeno, que vem sendo chamado de "judicialização" da saúde, tem se expressado, nos últimos vinte anos, principalmente, pela crescente demanda judicial de medicamentos 8, 9 , 10, 11, 12, 13 e pela dificuldade de entendimento entre o Setor Saúde e o Poder Judiciário, manifestada, sobretudo, em suas distintas concepções sobre a essencialidade de determinado medicamento para a assistência à saúde da população.

Objetivos

Geral: Analisar as ações judiciais individuais de acesso a medicamentos considerados essenciais, no estado do Rio de Janeiro, julgadas em segunda instância no ano de 2006.
Específicos: a) Caracterizar as ações por autor, réu e conteúdo das demandas; b) Identificar os principais elementos médico-científicos e sanitários das demandas, bem como os elementos legais e argumentativos que respaldam as decisões judiciais e as contestações por parte dos réus; c) Identificar e descrever as especificidades no uso do conceito de essencial, aplicado aos medicamentos, no Setor Saúde e no Poder Judiciário.

Metodologia

Foi realizado um estudo seccional descritivo retrospectivo. A unidade de análise foi a ação judicial individual movida por cidadão contra o ente estatal (estado ou municípios) no estado do Rio de Janeiro que tinha como objeto o fornecimento de medicamento. Foram incluídas ações: a) em cujas ementas dos acórdãos constavam os descritores "medicamento" e "essencial"; b) iniciadas na 1ª instância; c) julgadas em definitivo na 2ª instância em 2006 e d) já arquivadas até 31/12/2007. A escolha dos descritores se deu com vistas a otimizar a seleção de processos de maior relevância para a discussão do conceito de "essencialidade". Os outros critérios possibilitaram o acesso aos processos originais de ações percorridas em duas instâncias, desde a sua instauração até a sua finalização, logo, com maior riqueza de informações. A seleção inicial dos processos se deu por meio da consulta à jurisprudência disponível no sítio do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJ/RJ) na internet. Das 3.456 ações relativas a "medicamentos", decididas em segunda instância em 2006, 194 apresentavam os termos "medicamento" e "essencial" em suas ementas. Cento e sessenta e duas haviam iniciado na 1.ª instância e já tinham decisão definitiva proferida em 2.ª. Dessas, 27 já estavam arquivadas em 31 de dezembro de 2007 e os respectivos processos foram solicitados ao Arquivo Central do TJ/RJ e fotografados. Os dados foram coletados por meio de instrumento semi-estruturado, abordando os elementos processuais, os elementos médico-científicos e sanitários, bem como os elementos legais e argumentativos das demandas. As principais variáveis selecionadas foram: representação judicial do autor; réu; intervalo de tempo entre movimentos processuais; exigências judiciais; resultado das decisões; existência de recursos; presença de prescrição médica; adequação da prescrição médica às Boas Práticas de Prescrição; presença de documento médico atestando a doença; presença de exames complementares; presença de perícia médica; diagnóstico; medicamentos pleiteados; presença do medicamento na Rename; presença do medicamento em outras listas oficiais; principais legislações evocadas pelos julgadores e pelas partes; principais argumentos evocados pelos julgadores e pelas partes. Os medicamentos foram classificados segundo recomendação da Organização Mundial da Saúde, pela Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC) 14 e as doenças identificadas foram classificadas pela décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID10). A presença do medicamento nas listas oficiais foi verificada por meio da consulta à Rename 2002 (vigente na ocasião em que as ações foram propostas) e aos Programas de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, até 2006. No intuito de descrever as principais características das ações judiciais selecionadas, a análise foi realizada, inicialmente, por meio da freqüência simples de todas as variáveis, com posterior cruzamento das variáveis relacionadas.

Resultados

Dos 27 autores, 19 eram representados pela Defensoria Pública e 08 eram representados por advogados particulares. O estado do Rio de Janeiro foi o que mais freqüentemente figurou como réu (07 ações). Havia mais de um réu em 11 ações. Estado do Rio de Janeiro e município do Rio de Janeiro figuraram simultaneamente como réus em 06 ações. Havia documento médico atestando a doença e prescrição médica em todas as ações, no entanto, a prescrição encontrava-

se em desacordo com a legislação sanitária em sua totalidade. Não houve perícia médica em nenhuma das 27 ações e em apenas 02 delas havia exames complementares apensados. Em apenas 03 ações o juiz fez alguma exigência antes da decisão liminar. Apesar do pouco conteúdo técnico/médico inserido aos autos, todas as liminares foram concedidas e posteriormente confirmadas pela sentença na 1ª instância. Igualmente, todas as sentenças também foram confirmadas em 2ª instância. O réu recorreu da decisão liminar em apenas 01 (3,7%) ação e da sentença em 16 (59,3%) ações. Chama atenção o deferimento de todos os pedidos de tutela antecipada de medicamentos e o pequeno número de exigências judiciais iniciais. Isso, aliado ao tempo mediano entre decisão liminar e o julgamento do mérito da ação (151 dias) e ao baixo percentual de recursos da liminar interpostos pelos réus, indica que a maioria das determinações judiciais iniciais continuou sendo cumprida por meses sem que houvesse uma correta avaliação da adequação do pleito. A maioria das ações (77,8%) solicitava todos os medicamentos presentes na receita, fizessem ou não parte das listas oficiais. Em 22 (81,5%) das 27 ações havia solicitação de pelo menos 01 medicamento não listado, provavelmente o motivador da ação judicial. Dos 114 medicamentos identificados nas 27 ações, 66 (57,4%) pertenciam a alguma lista oficial de fornecimento gratuito. Entre os medicamentos pleiteados incluem-se, principalmente, agentes terapêuticos para doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares e transtornos mentais. Em geral, para o Executivo da Saúde, a "essencialidade" da pretensão está ligada à presença do medicamento pleiteado em listas oficiais. Do ponto de vista das decisões judiciais analisadas, "essencialidade" relaciona-se menos com questões de eficácia e segurança dos medicamentos e com conceitos expressos nas políticas farmacêuticas, e mais com a necessidade individual do paciente, representada pela existência de prescrição médica. O réu, por sua vez, ao tentar eximir-se da responsabilidade do fornecimento dos medicamentos, pouco contribuiu para o enriquecimento técnico-científico da discussão. Apesar das perspectivas de "essencialidade" divergentes adotadas pelos dois setores, ambas convergiram no sentido de colaborar para a carência de conteúdo técnico/clínico apensado aos processos – indispensável para uma avaliação responsável da adequação do pleito à necessidade de saúde do paciente e, portanto, para a promoção do Uso Racional de Medicamentos.

Conclusão

A demanda por medicamentos pertencentes às listas oficiais pode sugerir falha na garantia do acesso público a medicamentos. Tal conclusão, no entanto, merece ser relativizada, haja vista a solicitação de pelo menos um medicamento não selecionado na maioria das demandas, que, em geral, pleiteiam todos os medicamentos prescritos. O acolhimento da totalidade das demandas, aliado à escassez de documentos técnicos apensados aos processos e à presumida incontestabilidade da prescrição médica, pode refletir tanto fragilidades da defesa como dificuldades do Judiciário para lidar com esse tipo de questão. Alguns fatores podem contribuir para reduzir a intensidade do fenômeno assim como as conseqüentes distorções. A estruturação adequada do Executivo da Saúde, garantindo o acesso regular aos medicamentos por ele selecionados, bem como a sua concentração no real, e não impeditivo, objetivo da seleção de ME, de modo a poder considerar as peculiaridades individuais de demandas legítimas dentro de uma ótica de racionalidade clínica e não apenas financeira, são bons exemplos destes fatores.

Outro importante fator é exercer seu papel de proteção da saúde, estabelecendo, no processo judicial, defesas técnicas que possam aprofundar o contraditório neste sentido, considerando que o fornecimento de medicamento pode constituir-se como causador de malefício ao usuário. No que diz respeito ao Judiciário, contribuiria muito a valorização do caminho administrativo percorrido por todos os cidadãos quando da necessidade de consumo de algum medicamento financiado pelo setor público. A valorização das políticas farmacêuticas, dentre elas a seleção de medicamentos prioritários, como instrumentos legítimos para a promoção do URM e para a alocação de recursos nesse âmbito, podem favorecer o acesso sem comprometer os princípios do SUS e aprofundar as iniquidades.

Referências

1- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, 1988; 5 out.

2- BRASIL. Lei n.º 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990; 19 set.

3- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916 de 10 de novembro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, 1998; 10 nov.

4- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Perspectivas Políticas sobre Medicamentos de la OMS – 4. Selección de Medicamentos Esenciales*. Ginebra: OMS, 2002.

5- VIEIRA, F.S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev Saude Publica*, Rio de Janeiro, 42(2):365-9, 2008.

6- MINISTÉRIO DA SAÚDE/OPAS/OMS. *Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados*. Brasília: 2005.

7- SZWARCWALD, C.L.; VIACAVA, F.; VASCONCELLOS, M.T.L.; LEAL, M.C.; AZEVEDO, L.O.; QUEIROZ, R.S.B. et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: O Brasil em números. *Revista Radis*, Rio de Janeiro, 23:14, 2004.

8- MESSEDER, A.M.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; LUIZA, V.L. Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad* Saude Publica, Rio de Janeiro, 21(2):525-34, 2005.

9- VIEIRA, F.S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev* Saude Publica, São Paulo, 41(2):214-22, 2007.

10- BORGES, D.L.C. *Uma análise das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS*: o caso do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2005. 2005. 117 f. Dissertação [mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

11- PEREIRA, J.R.; SANTOS, R.I.; NASCIMENTO JUNIOR, J.M.; SCHENKEL, E.P. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. *Rev C S Col* [periódico na Internet], Rio de janeiro, 2007 Nov [acessado 2008 Mar 20]; [cerca de 4p.]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos.

12- ROMERO, L.C. Judicialização das políticas de assistência farmacêutica: o caso do distrito federal. *Textos para discussão* 41. Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008.

13- CHIEFFI, N.A.; BARATA, R.B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e eqüidade. *Cad Saude Publica*, São Paulo, 25(8):1839-1849, 2009.

14- CAPELLÁ, D. Descritive tools and analysis. In: Dukes MNG (Org.). *Drug Utilization Studies: Methods and Uses*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series nº 45; p. 55-78, 1993.

MENÇÃO HONROSA

Medicamentos potencialmente perigosos, não aprovados e de uso off-label em prescrições pediátricas de um hospital universitário

Autora: Luciana dos Santos
Orientador: Isabela Heineck
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Contato: lusantos@hcpa.ufrgs.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Estudos que abordam o tema em questão são, majoritariamente, originários de instituições localizadas em países desenvolvidos. No Brasil, estes estudos são bem menos freqüentes. Carvalho et al (2003), em estudo realizado na unidade de terapia intensiva pediátrica do HCPA, encontrou prevalência semelhante (10,5%) à descrita para os medicamentos de uso não aprovado pela *Food and Drug Administration*. SANTOS et al (2008) em único estudo realizado em unidades de internação geral pediátrica, relatou que em unidades pediátricas de Fortaleza, aproximadamente 40% dos fármacos prescritos eram de uso *off-label*. O uso de medicamentos não aprovados e *off-label* vem se tornando uma realidade nas unidades pediátricas de hospitais e na atenção primária e tem preocupado as agências reguladoras de medicamentos. Da mesma forma, sociedades médicas americanas e européias vêm instituindo medidas para reavaliar e normatizar o uso desses medicamentos em menores (crianças), buscando dados de racionalidade e segurança no uso. A geração de dados a cerca da realidade de instituições nacionais pode motivar discussões semelhantes em nosso país e subsidiar ações no sentido de promover o uso racional de medicamentos em crianças hospitalizadas em instituições locais. Os resultados desses estudos, que consideram a prática clínica, mostram os diferentes hábitos de prescrição para uma mesma população e evidenciam as classes de medicamentos que carecem de regularização. Diante disso, percebe-se a falta de incentivo em se pesquisar medicamentos de uso comum na rotina e que já está há muito tempo em utilização, sem estudos que garantam segurança em menores. As classes terapêuticas identificadas neste estudo, e em outros semelhantes, como as mais usadas para a pediatria não fazem parte das listas de prioridades para pesquisa das principais Agências Reguladoras de Medicamentos. Há algum tempo, a medicina vem trabalhando com o conceito de medicina baseada em evidência. Alguns autores defendem que as evidências clínicas acumuladas com a utilização de certos medicamentos em crianças pode ser suficiente para estender as indicações de usos para esta população sem necessidade de expô-las a novos ensaios clínicos, como é o caso dos broncodilatadores, alguns antibióticos orais e anti-hipertensivos utilizados extensamente para tratamento através do SUS e citados amplamente em muitos estudos como uso off-label. Através dessa regularização,

também se pode minimizar a responsabilidade do prescritor e demais profissionais de saúde envolvidos com a utilização desses medicamentos.

Introdução

Crianças são definidas como órfãos terapêuticos por não serem incluídas freqüentemente em ensaios clínicos, fazendo com que fármacos aprovados para uso em adultos sejam utilizados nesta população. Como definição, os fármacos não aprovados são os não licenciados; enquanto que os off-label são licenciados, mas utilizados em circunstâncias não aprovadas considerando indicação terapêutica, idade, dose e freqüência de administração. Além disso, os fármacos também podem ser classificados segundo o potencial de risco, os chamados medicamentos potencialmente perigosos (MPP), assim definidos por apresentarem risco elevado de desenvolver reações adversas graves se administrados incorretamente. Muitos dos MPP utilizados em unidades pediátricas são *off-label* ou não aprovados. Na Europa, somente 35% dos fármacos comercializados são aprovados para uso pediátrico e nos Estados Unidos, taxa similar é encontrada, entre 20 a 30%. A alta prevalência de prescrições com medicamentos *off-label* (30 a 50%) e não aprovados (11%) em pacientes pediátricos hospitalizados já foi descrita em vários estudos. Também, é alta a taxa de prescrição de fármacos *off-label* e não aprovados para crianças fora do ambiente hospitalar podendo variar de 11 a 37%. Os medicamentos mais comumente prescritos de uso não aprovado e *off-label*, na atenção primária e hospitais, são antibióticos, antiasmáticos e analgésicos. Estudo recente realizado em hospital universitário do Ceará, em unidades pediátricas gerais, observou que aproximadamente 22% dos internados receberam ao menos um fármaco de uso não aprovado e 60% ao menos um fármaco *off-label* durante a internação, destaque para dose e freqüência de administração. Em relação aos MPP, o *Institute of Health Care Improvement* relata que cerca de 58% dos danos envolvendo medicamentos em hospitais são causados por estes. Freqüentemente, os MPP utilizados são de uso *off-label* para doses, vias de administração, apresentação e idade.

Objetivo

Descrever o uso e determinar a frequencia de medicamentos potencialmente perigosos, não aprovados e de uso *off-label* em prescrições de unidades de internação pediátrica de hospital universitário. De forma mais específica, identificar os fármacos e classes terapêuticas dos medicamentos *off-label* e não aprovados em relação às variáveis: indicação, dose, idade, apresentação e via de administração e, também entre os de uso *off-label* e não aprovados, os potencialmente perigosos.

Metodologia

Estudo transversal descritivo realizado em unidades de internação pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital de caráter geral, universitário, público e terciário localizado no sul do país. Foram incluídos pacientes, entre zero a 14 anos, internados por um período mínimo de 24 horas. Desta forma, excluíram-se os internados nas unidades de terapia

intensiva e oncologia pediátrica. A coleta foi realizada no período de novembro de 2007 a janeiro de 2008. As informações relacionadas aos pacientes foram coletadas em fichas contendo as variáveis de interesse – idade, sexo, peso, doenças crônicas e motivo de internação. A coleta destas informações foi realizada através da consulta ao prontuário e à prescrição de interesse. As variáveis relacionadas aos medicamentos foram coletadas a partir da segunda prescrição vigente do primeiro dia da internação do paciente na unidade pediátrica. Em relação à prescrição, coletou-se total de itens prescritos, medicamentos prescritos, formas farmacêuticas, vias de administração, apresentação e intervalo de administração. Foram excluídos itens de prescrição relacionados com hemoderivados, oxigênio, nutrição parenteral total, sais de reidratação oral e produtos tópicos (creme lanette, hidrogel, óleo de amêndoas) e eletrólitos de uso rotineiro na assistência clínica (solução de cloreto de sódio 0,9% e solução de glicose 5%). Os medicamentos foram classificados pela ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification*) e, em relação aos critérios de aprovação da FDA, em aprovados, não-aprovados e uso *off-label* pela base de dados *DrugDex-Micromedex®*. Também, foram classificados em MPP segundo *Institute for Safe Medication Practices*. Consideraram-se como aprovados - medicamentos aprovados em todas suas especificações de uso para pediatria; não-aprovados – medicamentos não liberados ou contra-indicados para uso em pediatria; ou uso *off-label* – medicamentos prescritos de forma não padronizada conforme os compêndios oficiais de medicamentos, em relação a um ou mais parâmetros como dose, idade, via de administração, intervalo de administração, apresentação e indicação de uso. Alguns dados quando não explícitos no prontuário, como indicação de uso, foram questionados à equipe médica no round multidisciplinar. As variáveis de interesse coletadas foram digitadas em banco de dados desenvolvido no programa *Epinfo* versão 6.04. A digitação do banco foi realizada em duplicata e a análise dos dados foi realizada pelo mesmo programa e pelo SPSS, versão 17.0, incluindo medidas de tendência central e de dispersão, razão de prevalência e teste do qui-quadrado (x2). Valores $p \leq 0,05$ foram considerados significativos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e os pesquisadores assinaram termo de compromisso para uso dos dados para fins de pesquisa, conforme Resolução 196/96 e normas do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A idade dos 342 pacientes variou de 1 mês a 14 anos, média de 3,8 anos (DP $\pm$ 3,9). O grupo dos lactentes foi o mais prevalente (49,7% dos casos). Em relação ao sexo, o masculino representou 57% dos pacientes. A maioria (52%) apresentava doenças crônicas, sendo as doenças neurológicas (39,2%) e as respiratórias (19,8%) as mais frequentes. Os motivos de internação foram principalmente por doenças respiratórias (51,9%), como broncopneumonias (45,9%), fibrose cística e disfunção respiratória leve (13%). De 342 prescrições, foram registrados 2026 itens, média de 5,9 itens por prescrição (DP $\pm$ 2,9). As classes mais prescritas foram: analgésicos (26,9%), antibacterianos (13,5%), antiespasmódicos (10,5%) e antiepiléticos (6,9%). Dentre os medicamentos mais prescritos estão paracetamol (14,7%), metoclopramida (10,1%), dipirona (9,7%), ibuprofeno (5,8%), salbutamol (3,2%) e prednisolona (2,7%). A maioria das crianças (95,3%) fez uso de fármacos *off-label* e não aprovados. Dos itens analisados, 38,9% foram classificados como uso *off-label* e 11,8% como não aprovados para uso em crianças.

A razão de prevalência de uso de medicamentos não aprovados ou *off-label* não foi maior entre os polimedicados do que entre os demais (0,94 IC 95% 0,74 – 1,19). Os analgésicos (83,3%) e os coleréticos (7,5%) estão entre as classes terapêuticas mais prevalentes entre os não aprovados, destacando-se a dipirona e o ácido ursodesoxicólico. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos por faixa etária e o uso *off-label* ($x2 = 7,52$ $p = 0,2751$). Indicação terapêutica (38,4%), idade (21,9%) e intervalo de administração (14,7%) foram itens *off-label* mais frequentes que as doses prescritas fora da faixa terapêutica recomendada (11,5%). Em relação à indicação, destaca-se a metoclopramida (47,8%) prescrita para uso em refluxo gastroesofágico e profilaxia de náuseas e vômitos no pós-operatório, sendo uso não oficial para crianças. Da mesma forma, o fenoterol (6%), prescrito para pacientes com fibrose cística, não é indicado para tratamento de doenças respiratórias obstrutivas ou profilaxia de asma anterior à fisioterapia respiratória. Salbutamol spray (21,9%) e ácido valpróico (15,7%) foram os mais prescritos abaixo da idade recomendada, 4 e 10 anos, respectivamente. Fármacos para doenças respiratórias representaram 5,4% de todos os itens *off-label*, destacando-se o salbutamol, que além da faixa etária também foi prescrito com intervalos de administração não recomendados para 13,7% das crianças. As classes terapêuticas de uso *off-label* com maior frequencia foram os antiespasmódicos (31,5%), antiasmáticos (20%) e antibacterianos (18,6%). Do total de itens, 126 (6,2%) foram classificados como MPP, destacando-se morfina (25,8%), hidrato de cloral (15,8%) e petidina (9,2%). Não houve diferença significativa ao se relacionar MPP e as faixas etárias dos pacientes ($x2 = 0,41$ $p = 0,815$).

Conclusão

A frequência de uso encontrada de fármacos *off-label* e não aprovados está de acordo com o relatado em outros estudos realizados em unidades de pediatria geral. Comparando-se com estudo realizado por Santos et al, verifica-se que o padrão de prescrição de medicamentos varia entre instituições de diferentes regiões de um mesmo país, pois enquanto os antiespasmódicos (31,5%) foram mais prescritos na instituição localizada no sul do país como *off-label*, os diuréticos (51,8%) foram mais prevalentes na do nordeste, sendo que 39,6% foram *off-label* para dose e 17,7% para freqüência de administração. Os medicamentos em destaque neste estudo representam uma preocupação constante em hospitais. Em relação aos MPP, estudos mais aprofundados com o objetivo de avaliar os danos nesta população são necessários. Os resultados deste estudo, em conjunto com dados já publicados, podem subsidiar a elaboração de listas contendo medicamentos prioritários para o desenvolvimento de pesquisas com o objetivo de estabelecer eficácia e segurança na população ainda não investigada. Desta forma, conhecendo-se as necessidades da prática clínica e contando-se com o incentivo a pesquisas por parte das agências de medicamentos, pode-se reduzir as altas prevalências de uso de fármacos não aprovados e off-label observadas. De forma mais imediata, estes dados podem orientar a elaboração de protocolos de utilização de medicamentos em pediatria, minimizando riscos.

Referências

CARVALHO, P.A.; CARVALHO, C.G.; ALIEVI, P.T. et al. Identificação de Medicamentos "Não Apropriados para Crianças" em Prescrições de Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica. *Jornal de Pediatria*, v. 79, n. 5, p. 397 – 402, 2003.

SANTOS, D.B; CLAVENNA, A; BONATTI, M; COELHO, H.L.L. Off-label and Unlicensed Drug Utilization in Hospitalized Children in Fortaleza, Brasil. *European Journal of Clinical Pharmacology*, v. 64, p. 1111 – 18, 2008.

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos
2009

Categoria:
Monografia de Especialização e/ou Residência

TRABALHO PREMIADO

Descrição da implantação de um programa de qualificação da administração de medicamentos via sonda enteral

Autora: Mariana Martins Gonzaga do Nascimento
Orientadora: Dra. Andréia Queiroz Ribeiro
Instituição: Departamento de Nutrição e Saúde – UFV
Contato: marianamgn@yahoo.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Trabalho direcionado para o uso racional de medicamentos via sonda nasogástrica que objetiva a melhoria da prática de preparo e administração de medicamentos por tal via. Apresenta grande relevância e pode ser aplicado como guia para procedimentos e raciocínios de otimização farmacoterapêutica com foco em interações medicamento-nutrição enteral, muitas das vezes negligenciadas pela equipe multidisciplinar de saúde. O trabalho requer a dedicação do farmacêutico hospitalar, de UBS`s, NASF`s e ESF`s de referência de pacientes hospitalares que recebem alta sob aporte de nutrição enteral, sendo de suma importância para melhoria da atenção ao paciente hospitalar e ambulatorial no âmbito do SUS. O É demandado somente o comprometimento e qualificação dos recursos humanos dos serviços de saúde, sem custo financeiro adicional.

Introdução

As diversas inconveniências da administração de medicamentos juntamente com Nutrição Enteral (NE), amplamente documentadas na literatura, apontam a importância de se qualificar a administração hospitalar de medicamentos via sonda enteral1.

Objetivos

Descrever a implantação de um Programa de Qualificação da Administração de Medicamentos via Sonda Enteral realizado pela equipe de Farmácia Hospitalar de um Hospital Geral de grande porte de Minas Gerais (Hospital Risoleta Tolentino Neves – Belo Horizonte).

Metodologia

O programa, que contemplou 50 leitos de clínica médica, consistiu de quatro etapas: (1) compilação de base de dados com características técnicas de formas farmacêuticas de

administração oral 2; (2) aplicação de etiqueta "não triturar" na dose unitária de comprimidos/cápsulas classificados como não trituráveis; (3) avaliação, por meio de grupos focais, dos conhecimentos dos técnicos de enfermagem acerca da administração de medicamentos via sonda NE, e subseqüente treinamento dos mesmos; (4) análise de prescrições de pacientes adultos que se encontravam sob aporte de NE, com subseqüente orientação farmacêutica junto às equipes médica e de enfermagem.

Resultados

Na 1ª etapa, foi compilada uma lista com 131 medicamentos de uso oral do hospital, com apresentação, opções de troca de forma farmacêutica, além de recomendações. A partir dessa lista, foram identificados sete medicamentos que não poderiam ser triturados e apresentavam alternativa para troca de forma farmacêutica na padronização hospitalar; estes receberam as etiquetas com desenho característico e dizeres "Não triturar" (etapa 2) 2. O grupo focal realizado na etapa 3 evidenciou diferentes práticas de preparo do medicamento para administração via enteral, e a necessidade da uniformização dos procedimentos e conhecimentos dos técnicos de enfermagem. Um treinamento sobre formas farmacêuticas, farmacodinâmica, e técnicas de administração de fármacos via sonda enteral foi elaborado com base nos dados coletados nos grupos focais, e aplicado à equipe de enfermagem. Na 4ª etapa, no período de abril a novembro de 2008, foram analisadas 888 prescrições relativas a 185 pacientes. Após a análise das prescrições e de dados clínico-laboratoriais de cada paciente, foram realizadas 263 orientações junto à equipe médica via evolução farmacêutica no prontuário dos pacientes e 105 intervenções junto à equipe de enfermagem. As intervenções junto aos médicos foram aceitas na totalidade dos casos.

Conclusão

As diferentes ferramentas utilizadas pela equipe de farmácia hospitalar subsidiaram a prevenção e resolução de problemas derivados da administração enteral de medicamentos. O acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes agregou grande valor às etapas demonstrando, através do expressivo número de intervenções e sua aceitação pela equipe multidisciplinar, a importância das ações do farmacêutico na assistência ao paciente hospitalar.

Referências

1 - VAN DEN BEMT, P.M.L.A.; CUSELL, M.B.I.; OVERBEEKE, P.W.; TROMLEN, M.; VAN DOOREN, D.; OPHORST, W.R.; EGBERTS, A.C.G. Quality Improvement of Oral Medication Administration in Patients with Enteral Feeding Tubes. **Quality & Safety in Health Care**. v. 1, n. 15, p. 44-7, 2004.

2 - NASCIMENTO, M.M.G.; RIBEIRO, A.Q.. Compilação de Base de Dados com Recomendações para Administração de Medicamentos via Sonda Enteral. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. v. 1, n. 1, p. 22-5, 2010.

MENÇÃO HONROSA

Caracterização dos erros de diluição de antimicrobianos prescritos em unidade de tratamento intensivo de hospital de urgência e emergência

Autora: Paula Costa Tavares
Orientador: Mário Borges Rosa
Instituição: UNIMONTES
Contato: paulinhactavares@yahoo.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Os antimicrobianos são muito utilizados na prática clínica, e estão envolvidos em diversas reações adversas e erros de medicação, podendo ou não levar a um dano ao paciente, sendo muitos deles preveníveis. A via de administração endovenosa é uma via importante para a utilização destes medicamentos, já que quantidade significativa dos pacientes utiliza esta via, devido a gravidade do quadro clínico. Considerando que a maioria dos antimicrobianos prescritos por via endovenosa necessita de diluição, torna-se essencial verificar se a diluição destes medicamentos foi feita de acordo com as normas do fabricante ou com o manual de injetáveis da instituição, quando este existir. Tais erros podem levar a falha terapêutica, alteração da flora bacteriana com aumento da resistência dos microrganismos, elevação de custo para o Sistema Único de Saúde (SUS), reações indesejadas para o paciente, além de afetar a qualidade assistencial do SUS.

Introdução

O estudo dos erros humanos é um campo de estudo multidisciplinar, não frequentemente discutido em ambiente hospitalar por causar vergonha, perda de prestigio e medo de punições (ZIPPERER, L.; CUSHMAN, S., 2001; ROSA M.B., PERINI E., 2003). Erros de medicação são quaisquer incidentes preveníveis que possam causar dano ao paciente ou que tenham sido causados por uma utilização inapropriada de medicamentos, quando estes estão sob controle de profissionais de saúde, ou do paciente consumidor. Estes incidentes podem estar relacionados com a prática profissional, com os procedimentos ou com o sistema, incluindo falha na prescrição, comunicação, etiquetagem, no envase, na preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, seguimento e utilização (OTERO, M. J.; DOMÍNGUEZ-GIL, 2000). Dentre os erros de medicação existem os erros de prescrição, que ocorrem como resultado de um processo de decisão ou de escrita da prescrição, levando a uma redução não intencional da probabilidade de resposta do tratamento ser efetiva e ocorrer no tempo certo, ou levando a um aumento do risco de dano ao paciente, quando comparado à prática aceita. Os erros de prescrição ainda são subdivididos em erros de decisão (em que o médico prescreveu um dado ou uma ação incorreta) e erros na redação da prescrição (como resultado

de informações incompletas) (DEAN, B.; BARBER, N.; SCHACHTER, M, 2000). Leape et al. (1995) mostraram que 39% dos erros ocorrem na fase de prescrição. Um estudo realizado por Kaushal R, (2001) concluiu que os erros de medicação ocorreram em 5,7% dos pacientes. Foram encontrados 616 erros que ocorreram principalmente no momento da prescrição. A via endovenosa foi a mais associada a erro (55%). Os medicamentos mais associados a erros foram os antimicrobianos (respectivamente 20%). Portanto, é fundamental que se estude a ocorrência de erros de diluição de antimicrobianos, evitando possíveis eventos adversos ao paciente.

Objetivos

Caracterizar os erros de diluição de antimicrobianos, de acordo com o manual de injetáveis da instituição, feito de acordo com as normas dos fabricantes. Verificar se a diluição dos antimicrobianos está sendo prescrita. Relacionar os erros de diluição aos tipos de pacientes (pediátrico ou adulto).

Metodologia

O estudo foi realizado em um hospital público de urgência e emergência de Belo Horizonte, Minas Gerais, sendo ainda Hospital Sentinela da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O hospital pronto-socorro é um centro de referência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas ou cirúrgicas com risco de morte do paciente. Possui aproximadamente 300 leitos, sendo um hospital de alta complexidade. O estudo realizado é quantitativo, analítico, descritivo, observacional, retrospectivo. Foram analisadas prescrições de pacientes de ambos os sexos, com qualquer idade, internados na UTI e em uso de antimicrobiano injetável que necessite de diluição. A prescrição do paciente não foi excluída do estudo em caso de transferência e/ou óbito do paciente. Foram excluídas as prescrições que não continham antimicrobianos que para serem administrados, necessitavam de diluição. Os dados foram coletados da cópia da prescrição recebida na farmácia, durante duas semanas de 2009 e lançados em uma ficha. A partir dessa ficha foi feita a digitação dos dados no Epi Info 6. Foi feita uma coleta piloto para testar o questionário e avaliar a viabilidade do estudo. A coleta piloto foi feita durante uma semana, em janeiro de 2009, com a mesma metodologia aplicada posteriormente ao estudo. Neste momento foram analisadas 310 prescrições, observando quantos pacientes faziam uso de antimicrobianos injetáveis na UTI, e as diluições prescritas foram avaliadas. Foi observada que a amostra continha todos os antimicrobianos rotineiramente utilizados, com diversos tipos de diluição prescrita, mostrando que o estudo era viável. A amostra do estudo foram todas as prescrições da UTI que continham um ou mais antimicrobiano injetável que necessitasse de diluição, durante duas semanas do ano de 2009. A amostra foi constituída de 656 prescrições de um total de 1.302 dispensadas durante todo o mês de fevereiro de 2009. Considerando que o local do estudo é um hospital referência em traumatologia, e, portanto não possui sazonalidade em relação a atendimento e ao uso de antimicrobianos, observou-se que o número de prescrições com antimicrobianos injetáveis com necessidade de diluição foi considerada representativa. O Epi Info 6.1 foi utilizado para a construção do banco de dados e na análise dos dados coletados. Depois que todos os dados coletados foram digitados, foi realizada a consistência dos dados, com a revisão de possíveis dados discrepantes. Os dados coletados foram analisados através das rotinas disponíveis

no EpiInfo 6.1. A análise exploratória dos dados foi feita através de técnicas de estatística descritiva, além de visualização gráfica e tabular dos dados. Foram considerados Erro B igual a 5% e Erro □ até 20%. O intervalo de confiança também foi calculado.

Resultados

Foram encontrados 610 antimicrobianos prescritos que necessitavam de diluição. Destes antimicrobianos, 98 (16,1%) foram prescritos pela pediatria e 512 (83,9%) foram prescritos para pacientes adultos. 80,9% dos antimicrobianos dos pacientes adultos estavam com diluição incorreta. Esse valor na pediatria foi de 38,8% (Odds Ratio= 6,67; IC 95% = 4,10 < OR < 10,88; p<0,001). Entre os pacientes adultos, foi observado que três antimicrobianos foram responsáveis por 57,9% dos erros de prescrição encontrados, sendo estes o meropenem (22,2%), a vancomicina (19,8%) e a ceftriaxona (15,9%). Já na pediatria, apenas o meropenem foi responsável por 57,9% dos erros. Sendo assim, quando comparadas as clinícas, é possível verificar uma diferença importante na prescrição do meropenem. Entre os pacientes adultos, os erros de prescrição são mais frequentes, atingindo diversos antimicrobianos além do meropenem. Os erros de prescrição encontrados são classificados em erros de decisão e erros na escrita da prescrição. Os erros de decisão entre os adultos ocorreram em 61,4%, e na pediatria em 11,8% (Odds Ratio= 11,59; IC 95% = 5,23 < OR < 28,29; p<0,001). O principal erro de decisão foi diluente insuficiente, ocorrendo em 80,5% desses erros. Um fato encontrado a ser destacado entre os pacientes adultos foi que a vancomicina é o principal antimicrobiano prescrito com diluente insuficiente para esta clinica, sendo responsável por 58,1% dos antimicrobianos prescritos com diluente insuficiente e 46,2% dos erros de decisão. Este fato é preocupante, já que a vancomicina é conhecida por causar a Síndrome do Homem Vermelho (POLK, 1991; WALLACE; MASCOLA; OLDFIELD, 1991; POLK et al., 1993), evento adverso que surge principalmente quando a infusão deste medicamento é feita em concentração acima da recomendada que pode ser ocorrer por uso insuficiente do diluente. Os erros na escrita da prescrição ocorreram em 72,5% dos pacientes adultos e 33,3% dos pacientes pediátricos (Odds Ratio= 5,27; IC 95% = 3,12 < OR < 8,92; p<0,001).

Conclusão

A prescrição da diluição dos antimicrobianos verifica nesta pesquisa, possui falhas importantes principalmente nas clínicas de adultos. A diluição de antimicrobianos quando não realizada corretamente, pode provocar diversos resultados indesejáveis ao paciente, como incompatibilidades, reações adversas ao medicamento e aumento do tempo de tratamento. Portanto, é fundamental que a diluição de antimicrobianos ocorra de forma correta, diminuindo riscos para o paciente e sua comunidade. Uma das formas de garantir a diluição correta é a maior divulgação dos diluentes que devem ser utilizados em cada caso, fornecendo as informações necessárias para a decisão clínica, diminuindo os erros de decisão. Outra opção que facilitaria a consulta destas informações é a edição de tabelas que informem sobre a correta diluição dos antimicrobianos. Tais tabelas seriam afixadas no local em que os médicos fazem a prescrição, o que permitiria uma consulta rápida das informações, sendo também bastante útil para toda a equipe de enfermagem, que é responsável pela administração dos antimicrobianos. A eficiência de tal medida educativa deve ser medida através de indicadores de erro de prescrição de diluição de antimicrobianos, medidos continuamente

em cada setor. A inclusão de farmacêutico clínico no SUS é importante para a diminuição dos erros, já que disponibilizaria informações importantes sobre todos os medicamentos, além de interceptar erros antes da finalização da prescrição. Desta forma, o uso racional de medicamentos seria maximizado, priorizando a qualidade assistencial.

Referências

DEAN, B.; BARBER, N.; SCHACHTER, M. What is a prescribing error? *Quality in Health Care*, v. 9, n. 4, p. 232-237, Dec. 2000.

KAUSHAL, R. *et al.* Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA*, Chicago, v. 285, n. 16, p. 2114-2120, Apr. 2001.

LEAPE, L. L. *et al*. Systems analysis of adverse drug events. *JAMA*, Chicago, v. 274, n.1, p. 35-43, Jul. 1995.

OTERO, M. J.; DOMÍNGUEZ-GIL, A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patologia emergente. *Farmacia Hospitalaria*, Madrid, v. 24, n. 4, p. 258-66, 2000.

POLK, R. E. Anaphylactoid reactions to glycopeptides antibiotics. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Oxford, v. 27, Suppl. B, p.17-29, Jan. 1991.

POLK, R. E. et al. Vancomycin Skin Tests and Prediction of "Red Man Syndrome" in Healthy Volunteers. *Antimicrobial Agents And Chemotherapy*, Washington, v, 37, n. 10, p. 2139-2143, Oct. 1993.

ROSA M.B., PERINI E. Erros de medicação: quem foi? *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 335-41, 2003.

WALLACE, M. R.; MASCOLA, J. R.; OLDFIELD, E.C. Red-man syndrome: incidence, etiology and prophylaxis. The Journal of Infectious Diseases, Chicago, v. 164, p. 1180-1185, 1991.

ZIPPERER, L.; CUSHMAN, S. Lessons in patient safety. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001.

MENÇÃO HONROSA

Perfil de prescrição de anti-hipertensivos em unidades de saúde do SUS - resultados de intervenções farmacêuticas

Autora: Renata Cristina Resende Macedo
Orientadora: Daniela Resende Garcia Junqueira
Co-orientador: Edson Perini
Instituição: Faculdade de Farmácia / Universidade Federal de Minas Gerais
Contato: recmacedo@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Considerando o desafio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e entendendo que a Assistência Farmacêutica de qualidade é fundamental para promover a melhoria da assistência à saúde da população, o município de Contagem vem implantando Farmácias Distritais desde 1999. Dentre os objetivos das Farmácias destacam-se o cadastro e acompanhamento dos usuários crônicos de medicamentos, dispensação e orientações quanto ao uso racional de medicamentos e trabalho integrado com a rede de saúde. A prescrição de medicamentos é uma das principais causas que colaboram para a utilização inadequada dos medicamentos, com destaque para a não prescrição pelo nome genérico e para a inobservância dos medicamentos padronizados. Acarretando maior consumo de medicamentos e gerando um maior custo social, tem-se o processo de envelhecimento populacional interferindo, sobretudo, na demanda de medicamentos destinados para o tratamento de doenças crônico-degenerativas, além de novos procedimentos terapêuticos de alto custo. Para divulgar informações sobre os medicamentos padronizados no município, contribuindo para a racionalidade das prescrições, foi criado o Boletim Terapêutico, uma publicação da Assistência Farmacêutica em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica. O alto consumo de Hidroclorotiazida (HCT) no município de Contagem e a manutenção de prescrições deste medicamento na dose de 50mg/dia, contrariando as diretrizes nacionais, determinaram a escolha do tema "Hidroclorotiazida: por que prescrever doses menores?" como a primeira edição do Boletim Terapêutico. Este boletim foi publicado ao final de janeiro de 2004 e distribuído para toda a rede pública de saúde do município. Em março de 2004 foi publicada a Portaria Municipal n° 0982 que estabelece normas para a prescrição e dispensação de medicamentos pelas Farmácias Distritais de Contagem, sendo um instrumento fundamental para garantir o uso racional de medicamentos no município. Merece destaque a obrigatoriedade de utilização das denominações genéricas de acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB) em todas as prescrições de profissionais autorizados no âmbito municipal. O objetivo do trabalho foi analisar o impacto de duas intervenções farmacêuticas – a elaboração do "Boletim Terapêutico" e a visita realizada pelos profissionais farmacêuticos aos prescritores do SUS para divulgação da Portaria n° 0982/2004 – no perfil das prescrições de medicamentos anti-hipertensivos atendidas no âmbito do SUS Contagem.

Introdução

A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para promover a melhoria da assistência à saúde da população. O seu propósito é garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998). No SUS, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 de internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais. Sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) importantes fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular, o Ministério da Saúde implantou, no ano 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM no Brasil. Dentre seus objetivos destacam-se: cadastramento dos pacientes, armazenamento, gerenciamento e dispensação dos medicamentos e garantia de oferta contínua para a rede básica de saúde dos medicamentos padronizados (BRASIL, 2002). A questão da prescrição de medicamentos sempre foi uma das principais causas que colaboram para a inadequada utilização dos medicamentos, em especial na rede pública de saúde, quer pela não prescrição dos mesmos pelo nome genérico, quer pela não observância dos medicamentos padronizados. O consumo de medicamentos é um indicador importante para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e seu estudo pode ser utilizado para identificar a necessidade de intervenções específicas como: esclarecimento à população quanto ao seu uso adequado e educação continuada de profissionais para a prescrição racional. Considerando-se que, segundo dados da OMS, aproximadamente metade dos medicamentos são prescritos, armazenados ou dispensados de forma inapropriada, reduzindo os benefícios para a população e aumentando os gastos em saúde, o presente trabalho analisa a importância da informação, como atividade profissional farmacêutica, no desafio de promover o uso racional de medicamentos no SUS.

Objetivo

Objetivo geral: avaliar o impacto de duas intervenções farmacêuticas - o "Boletim Terapêutico" e a visita aos prescritores – no perfil das prescrições contendo medicamentos anti-hipertensivos atendidas no âmbito do SUS Contagem.
Objetivos específicos: analisar o impacto do "Boletim Terapêutico" na redução da dosagem prescrita de Hidroclorotiazida, em receitas atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado; verificar o impacto da divulgação da Portaria Municipal n° 0982/2004, junto aos prescritores, na porcentagem de receitas prescritas pela denominação genérica.

Métodologia

Foi realizada análise das receitas contendo prescrições de medicamentos anti-hipertensivos, atendidas pela Farmácia Distrital Eldorado, no período de janeiro a outubro de 2004. A amostra foi obtida de modo aleatório, definindo-se um intervalo de confiança de 95,0%. As receitas contendo anti-hipertensivos foram separadas mês a mês e numeradas seqüencialmente, por ordem numérica crescente. O processo de aleatorização foi realizado pelo Programa Epi-info versão 6,04b (Centers for Disease Control and Prevention), por meio do sorteio de números aleatórios, utilizando-se o comando Epitable. A fim de padronizar a coleta dos dados, foi elaborado um formulário próprio. A

escolha dos meses para estudo foi realizada levando-se em consideração os seguintes parâmetros: o Boletim Terapêutico com o tema "Hidroclorotiazida - por que prescrever doses menores?" foi publicado e divulgado em fevereiro de 2004; a Portaria SMS n° 0982/2004 foi homologada em março de 2004 e a sua divulgação realizada nos meses de junho e julho de 2004; o tempo máximo de tratamento anti-hipertensivo estabelecido pela Portaria Municipal, por prescrição, era de 90 dias (três meses) para o período estudado. Portanto, como a dispensação é realizada mensalmente, cada receita contendo anti-hipertensivos prescritos pode conter tratamento para até 90 dias e, então, ser dispensada por três meses consecutivos. Após este período, o paciente deve apresentar uma nova receita para receber os medicamentos. Desta forma, foram selecionadas amostras de quatro meses de atendimento: janeiro, abril, julho e outubro de 2004. A escolha dos meses, com intervalo trimestral, considerou os meses das intervenções realizadas e o período máximo de três meses de prescrição por receita, a fim de reduzir a possibilidade de análise duplicada das receitas e possibilitar a comparação de períodos antes e após cada intervenção. Foram analisadas 1.320 receitas contendo medicamentos anti-hipertensivos prescritos. Quanto à lista de medicamentos padronizados, foi utilizada a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) vigente em janeiro de 2004, sendo incluídos, como prescrição, os medicamentos indicados na forma farmacêutica e dosagem definidas na REMUME, independente de apresentarem-se como nome genérico ou comercial. Para que o medicamento fosse considerado como prescrição pelo nome genérico, foi utilizada como referência a DCB.

Resultados

Analisando-se a origem das receitas, observou-se que 71,8%(948) foram geradas em atendimentos no âmbito do SUS. O número médio de medicamentos por receita foi de 3,1, sendo superior ao encontrado em outros estudos realizados no Brasil. Dentre as receitas analisadas, 65,2%(860) possuíam de um a três medicamentos prescritos e 34,9%(460) continham prescrição de quatro ou mais medicamentos. Quanto à prescrição pela denominação genérica, 72,0% (953) das receitas possuíam apenas medicamentos prescritos pelo nome genérico. Considerando-se que no âmbito do SUS a prescrição deve obrigatoriamente ser realizada pela DCB, merece destaque a ocorrência de 27,8% (367) de receitas contendo pelo menos um medicamento prescrito pelo nome comercial. O percentual de receitas contendo apenas medicamentos padronizados prescritos é maior nas receitas geradas no SUS (62,0%) que nas receitas originadas fora do SUS (28,0%). Analisando-se o impacto da divulgação do boletim terapêutico com o tema hidroclorotiazida e da Portaria Municipal que regulamenta prescrições e dispensações no âmbito do SUS Contagem, observou-se um aumento progressivo na porcentagem de prescrições contendo HCT na dosagem de 25mg tanto nas receitas geradas no SUS quanto naquelas oriundas de unidades não SUS. O aumento na porcentagem de prescrições na dose de 25mg originadas no SUS foi de 54,0% (27,0% para 81,0%). Comparando-se os meses de janeiro e outubro, observa-se que nas receitas originadas no SUS, a porcentagem de prescrições de HCT na dose de 50mg reduziu de 70,0% para 16,0%, enquanto que nas receitas emitidas em serviços não SUS, a porcentagem de redução foi de 30,0% (73,0% para 43,0%). Esta importante diminuição nas receitas de HCT de alta dosagem originadas em serviços de saúde privados, mesmo sem a intervenção direta dos farmacêuticos por meio de visitas, apontam para a possibilidade de impacto positivo das ações realizadas no âmbito do SUS no total de receitas atendidas pela farmácia. A porcentagem de receitas contendo exclusivamente medicamentos prescritos pela denominação genérica aumentou 15,0% após a realização das

visitas farmacêuticas aos prescritores, o que representa um incremento de 22% na porcentagem de prescrições pela DCB. À semelhança do observado na análise das prescrições de HCT, há também aumento na porcentagem de prescrições pela DCB tanto nas receitas emitidas pelo SUS Contagem como nas receitas originadas em outros serviços (particulares, conveniados, outros SUS). Este aumento reforça a possibilidade de impacto positivo das ações realizadas no âmbito do SUS no perfil do total de receitas atendidas pela farmácia.

Conclusão

A elaboração e divulgação do Boletim Terapêutico com o tema Hidroclorotiazida impactou positivamente nas prescrições do medicamento atendidas na Farmácia Distrital Eldorado, no município de Contagem, aumentando a porcentagem de prescrições em baixas doses de Hidroclorotiazida no âmbito do SUS. A ocorrência de impacto positivo do Boletim Terapêutico também nas receitas originadas em serviços privados de saúde indica que as informações divulgadas no âmbito das unidades públicas de saúde podem melhorar a qualidade das prescrições no setor privado. Assim, iniciativas realizadas no âmbito do SUS para melhorar a racionalidade das prescrições podem refletir em melhoria do uso de medicamentos no município. O percentual encontrado para as receitas originadas de atendimentos no âmbito do SUS foi o mesmo encontrado, em pesquisa realizada, para a população SUS dependente do distrito, indicando que a Farmácia tem propiciado acesso da população à sua clientela adscrita. As visitas farmacêuticas para divulgação da Portaria SMS n° 0982/2004 resultaram em aumento da porcentagem de receitas contendo exclusivamente prescrições pela denominação genérica, atendidas na Farmácia Distrital Eldorado. Este aumento indica que atividades da Assistência Farmacêutica desenvolvidas com apoio dos gestores municipais do SUS podem melhorar os perfis de prescrição dos medicamentos. Desta forma, a Farmácia Distrital tem cumprido sua missão de orientar quanto ao uso racional de medicamentos, trabalhando de modo integrado os profissionais prescritores e zelando pela correta utilização dos recursos públicos.

Referências

BRASIL. Portaria GM 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 10 nov. 1998. Seção 1, n.215, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n° 371, de 04 de março de 2002. Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão e Diabetes Mellitus. Diário Oficial da União n°44, Brasília: 06 de março de 2002, p. 88.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria SMS n° 0982/2004. Estabelece normas para a operacionalização e controle da prescrição e dispensação de medicamentos através das Farmácias Distritais e Farmácias das Unidades de Saúde do município de Contagem. Diário Oficial do município de Contagem, 01 de março de 2004.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiologia. 5 ed. 2006. 78p. Disponível em: <http://www.cardiol.br>. Acesso em: 01 mar. 2007.

The Seventh Report of the Joint Nacional Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JOINT VII). JAMA: v.289, n.19: p. 2560-72 May 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Perspectivas sobre medicamentos de la OMS. Genebra, v.5.p6, set. 2002.

World Health Organizational (WHO). How to investigate the use of medicines by consumers. Genebra, OMS. 2004. Disponível em <http://www.who.int/medicines> Acesso em:16 agosto 2006.

MENÇÃO HONROSA

Relato de experiência na prevenção de eventos adversos a medicamentos em pacientes idosos com trauma ortopédico

Autores: Wagner Decotte Viana[1,2], Renata Fajardo Bonin[1,2], Selma Rodrigues de Castilho[2]
Instituição: 1 – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia; 2 – Universidade Federal Fluminense – Treinamento em Serviço para Farmacêuticos Hospitalares, nos Moldes de Residência
Contato: wdecotte@yahoo.com.br; selmarc@globo.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A utilização de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas na assistência à saúde vem promovendo melhoria na qualidade e aumento da expectativa de vida das pessoas no mundo todo. Todo o processo de assistência à saúde se torna cada vez mais complexo e caro (ROSA & PERINI, 2003). Vários autores apontam a ocorrência de problemas com a terapia medicamentosa, seguem erros de medicação ou problemas relacionados à sua utilização, que contribuam para a consecução de resultados aquém dos esperados (BATLLE et al, 2002, FERNÁNDEZ-LLIMÓS e FAUS, 2003; SANTOS et al., 2004, CRUCIOL-SOUZA e THOMSON, 2006; LISÓN et al, 2006). O custo anual devido a erros de medicação é bastante elevado, e estima-se que supere os dois milhões de dólares (GUCHELAAR et al, 2005). Segundo o National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), os erros de medicação podem ser definidos como "qualquer incidente prevenível que pode causar dano ao paciente ou dar lugar a uma utilização inadequada dos medicamentos, quando estão sob controle dos profissionais de saúde ou do paciente" (SANZ ET AL, 2001). Estudos mostram que 15% a 21% de prescrições contêm pelo menos um erro de prescrição (GANDHI et al, 2005). Os erros de medicação correspondem a 27% do total de eventos relacionados a medicamentos (WANNMACHER, 2005). Outro obstáculo à terapia medicamentosa ótima são os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), definidos como problemas de saúde entendidos como resultados clínicos negativos, que conduzem ao não alcance do objetivo terapêutico (Comité de Consenso, 2002). A população geriátrica, apresenta um risco maior tanto do desenvolvimento de reações adversas a medicamentos, levando a uma relação custo/benefício mais desvantajosa (RAMOS et al, 2002). Os erros de medicação e suas conseqüências negativas constituem um grave problema de saúde pública, cuja prevenção depende da participação e esforços de todos os profissionais envolvidos no cuidado direto com o paciente (SANZ et al, 2001). Cabe aos serviços de farmácia não apenas a monitoração, mas, a busca de estratégias para preveni-los (SANZ et al, 2001). Os farmacêuticos devem reconhecer a necessidade de melhorar a segurança e a efetividade da farmacoterapia, garantindo o acompanhamento do uso de medicamentos e avaliando regularmente o seu desempenho (POLACOW, 2006). Neste processo, são necessárias intervenções farmacêuticas, que podem ser definidas como o ato planejado, documentado e realizado junto

ao usuário e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir PRM que interferem ou podem interferir na farmacoterapia (POLACOW, 2006).

Introdução

A integração do farmacêutico às equipes clínicas tem sido apontada como uma importante ferramenta para prevenir problemas relacionados a medicamentos (PRM), que podem resultar no aumento da morbi-mortalidade relacionada a estas tecnologias. No Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), um hospital especializado do Rio de Janeiro, a atuação do farmacêutico visando a otimização da terapia medicamentosa se iniciou há alguns anos, com o trabalho de alguns residentes, inicialmente buscando discutir a questão da devolução dos medicamentos e, em seguida, a identificação de problemas relacionados a medicamentos e sua possibilidade de intervenção farmacêutica, bem como os erros de prescrição após a implantação da prescrição eletrônica. Esta atuação foi ainda fortemente favorecida pela discussão da qualidade do cuidado na Instituição, que culminou com o processo de acreditação desta unidade hospitalar. Este projeto surgiu da percepção dos geriatras que atuam no centro do trauma do idoso do INTO acerca da necessidade de acompanhamento farmacoterapêutico desses pacientes, dada a capacidade de desenvolvimento de eventos adversos a medicamentos, uma vez que a população de estudo é responsável pelo consumo de grande quantidade de medicamentos. A partir da inserção do farmacêutico à equipe multidisciplinar desta clínica buscou-se não apenas a identificação, mas, sobretudo, a prevenção e a solução dos problemas relacionados a medicamentos nesta unidade. Desta forma, este projeto representa a continuação do esforço institucional na busca de melhores resultados com a terapia medicamentosa.

Objetivos

Relatar a experiência da Unidade de Farmácia do INTO no exercício da Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica na Enfermaria do Idoso, durante o período de Setembro de 2006 a Fevereiro de 2007; identificar potenciais problemas relacionados a medicamentos na Enfermaria do Idoso, através de análise das prescrições médicas, interação com a equipe clínica e contato direto com os usuários de medicamentos; Relatar as intervenções farmacêuticas realizadas visando a prevenção e/ou correção tanto de eventos adversos a medicamentos, quanto dos erros de medicação.

Metodologia

O projeto surgiu a pedido da equipe de geriatria que atua no centro do trauma do idoso do INTO acerca da necessidade de acompanhamento farmacoterapêutico desses pacientes, dada a maior probabilidade de desenvolvimento de eventos adversos com medicamentos, uma vez que a população de estudo é responsável pelo consumo de grande quantidade de medicamentos. Inicialmente o protocolo englobava apenas a avaliação de interações medicamentosas e erros de medicação, e a utilização da intervenção farmacêutica para prevenção dos potenciais eventos adversos. A medida que o acompanhamento clínico evoluía, assim como a interação com o corpo clínico, mostrou-se

oportuno avaliar outros aspectos tais como reações adversas a medicamentos (RAM) e demais problemas relacionados a medicamentos (PRM), além de avaliação de parâmetros bioquímicos que poderiam auxiliar nas intervenções e na avaliação da evolução dos pacientes. Realizou-se a análise das prescrições dos pacientes internados no Trauma do Idoso do INTO através do protocolo de "Acompanhamento Clínico e Farmacoterapêutico dos Pacientes Internados na Enfermaria do Trauma do Idoso no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia". Por este protocolo, as prescrições médicas eram avaliadas quanto à presença: de interações medicamentosas (IM) e erros de medicação (reais ou potenciais). Estes erros foram categorizados quanto ao tipo e gravidade, segundo os critérios estabelecidos pela Sociedade Espanhola de Farmácia Hospitalar. Vale ressaltar que erros de medicação repetidos na mesma prescrição foram considerados apenas uma vez tanto na contabilização, assim como na classificação dos mesmos quanto à gravidade. Para a categorização dos PRM, foi empregado o Segundo Consenso de Granada (2002). Na análise da causalidade das suspeitas de RAM, foi aplicado o Algoritmo de Naranjo. As intervenções farmacêuticas foram registradas e sua efetividade foi avaliada através da evolução dos pacientes e do grau de incorporação pela equipe de saúde.

Resultados

Foram avaliados 110 pacientes, com predomínio de pacientes do sexo feminino (65%, n=72). A idade média dos pacientes foi de 75 anos (dp=7,6). Vinte e dois porcento utilizaram 11 a 15 medicamentos durante a internação. A maioria dos pacientes era hipertenso (18%) e 13% diabéticos e hipertensos. Foram identificados um total de 189 problemas potenciais nas prescrições. A média diária de intervenções farmacêuticas foi de 1,05/dia. Setenta e quatro prescrições (67%) suscitaram algum tipo de intervenção. Das intervenções necessárias, 91% (n=172) foram realizadas e destas, 86% (n=148) foram aceitas, gerando alterações clinicamente significativas na prescrição, enquanto que 24 (n=14%) não foram aceitas. Em 22% das prescrições ocorreram três intervenções farmacêuticas até a solução completa do PRM. Das prescrições analisadas, 57% apresentavam até 5 interações com predomínio de interações moderadas a severas. A literatura aponta que a polifarmácia em idosos é um dos fatores que os expõem a um maior risco de problemas com a utilização de medicamentos (POLACOW, 2006). Os resultados obtidos reafirmam este fato, na medida em que a maioria das intervenções farmacêuticas realizadas estava relacionada a interações medicamentosas. A incidência de eventos adversos associados a interações medicamentosas neste estudo foi de 8,2%. Outra fonte de estudo durante o acompanhamento dos pacientes foram os erros de medicação. Constituem um problema sócio-sanitário grave com uma importante repercussão econômica e ocorrem em todas as etapas do processo de utilização de medicamentos (SEGURA et al, 2001). Foram analisados 13 tipos de erros de medicação de acordo com a classificação do NCCMERP (DOMÍNGUEZ, 2005), e a gravidade dos mesmos (LOPEZ et al, 2003). A média de erros de medicação foi de 2,49 erro/paciente. Apenas 14% (n=16) das prescrições não apresentavam nenhum tipo de erro, enquanto que 34% (n=41) apresentavam de 3 a 4 erros. Com relação à gravidade dos erros de medicação, houve um predomínio de Erros Potenciais (Tipo A), ou seja, circunstâncias ou incidentes com capacidade causar erro, sendo observados em 34% das prescrições que continham algum tipo de erro, seguidos de erros sem danos (Tipo D) com 14%. Outro parâmetro analisado foi os problemas relacionados a medicamentos (PRM). Foi detectado um total de 94 PRM. Entre os pacientes avaliados 55,5% (n=61) apresentaram algum

tipo de PRM e 44,5% (n=49) não apresentaram PRM. A média de PRM por paciente foi de 1,54. A maioria dos PRM envolveu a necessidade dos medicamentos (38%), seguido de segurança (34%) e de efetividade (22%). Os PRM 1 (os pacientes poderiam apresentar problemas de saúde por não utilizarem os medicamentos) estavam relacionados com a falta de tratamento, principalmente com anti-hipertensivos, antianêmicos e analgésicos.

Conclusão

Os resultados deste estudo sugerem que muitos dos erros e problemas relacionados a medicamentos na unidade hospitalar são preveníveis. Porém, esta prevenção requer uma significativa intervenção multidisciplinar. Muitos aspectos necessários a esta prevenção estão diretamente relacionados às funções dos farmacêuticos hospitalares e comunitários. Assim, pode-se considerar que a participação nas equipes multidisciplinares de saúde oferece aos farmacêuticos uma grande oportunidade de contribuir com a melhoria da qualidade da terapia medicamentosa nas unidades hospitalares. A experiência de participação do residente de farmácia na rotina das unidades clínicas tem se mostrado uma estratégia muito interessante para a prevenção e correção de problemas relacionados a medicamentos, bem como para a prevenção de erros na utilização de medicamentos. A metodologia empregada se mostrou adequada para a realização da monitoração destes problemas, bem como para a documentação dos resultados da participação do profissional farmacêutico neste processo. A análise da prescrição médica se mostrou uma etapa importante, visto que pode ser o ponto de partida para a identificação de problemas e, conseqüentemente, para a percepção da necessidade de se realizar intervenções farmacêuticas, visando a redução de riscos potenciais para os pacientes relacionados ao uso de medicamentos. Segundo Gomes e colaboradores, a complexidade das terapias medicamentosas e as evidências dos resultados das intervenções farmacêuticas na melhoria dos regimes terapêuticos e na redução dos custos assistenciais reforçam a importância de uma assistência farmacêutica de qualidade, contribuindo para a diminuição de gastos com medicamentos e tempo de internação de pacientes idosos nas instituições públicas de saúde.

Referências

BATLLE, G. R., POBLADOR, R. P. Revisión de interacciones farmacológicas en un Hospital General, Farmacia Hospitalaria, Vol. 26. N.° 2, p. 110-118, 2002;

COMITÉ DE CONSENSO. Segundo consenso de Granada sobre problemas relacionados com medicamentos. Ars Pharm. v.43, n.3-4, p.175-184, 2002;

CRUCIOL-SOUZA, J. M., THOMSON, J. C. A pharmacoepidemiologic study of drug interactions in a brazilian teaching hospital, ***Clinics***, 61(6):515-20, 2006;

DOMÍNGUEZ, A., T., Errores en la medicación: función del farmacéutico, ***Rev Cubana Farm*** v.39 n.2 Ciudad de la Habana maio-ago, 11p., 2005;

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. FAUS, M.J. Importance of medicine-related problems as risk factors. ***Lancet***, v.362, p.1239, 2003;

GANDHI, T., K.; WEINGART, S. N.; SEGER, A. C.; BORUS, J.; BURDICK, E. ; POON, Eric G.; LEAPE, L. L.;

BATES, D. W. Outpatient prescribing errors and the impact of computerized prescribing. J Gen Intern Méd, 20:837-841, 2005;

GUCHELAAR, H. J.; COLEN, H. B. B.; KALMEIJER, M. D.; HUDSON, P. T. W.; TEEPE-TWISS, I. M. Medication Errors: Hospital pharmacist perspective, ***Drugs***, 65(13): 1735-1746, 2005;

LISÓN, L. C. F., FRANCO, B. B., DOMÍNGUEZ, V., GARCÍA, T. M., HARO, J. J. U., LLAVE, E. P. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados, ***Farm Hosp***, 30: 280-283, 2006;

LÓPEZ, M. J. O., JANE, O. C., ALONSO, M. J. T., ENCINAS, M. P., Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación Resultados de la Beca Ruiz-Jarabo 2000, ***FARM HOSP (Madrid)***, Vol. 27. N.° 3, 137-149, 2003;

POLACOW, M. B. ***Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica***, 2 ed, São Paulo, Manole, 371p., 2006;

RAMOS, G. E. L., CABEZA, Y. G., ACOSTA, S. L. MENÉNDEZ. O. C., Evaluación de la relación beneficio/riesgo en la terapéutica de pacientes geriátricos, Revista Cubana Farmacia, v.36 n.3 Ciudad de la Habana set.-dez. 2002;

ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de Medicação: quem foi? São Paulo: ***Revista da Associação Médica Brasileira***, v.49, n.3, 2003;

SANTOS, H., IGLÉSIAS, P., FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F., FAUS, M. J., RODRIGUES, L. M. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados com Medicamentos, ***Acta Médica Portuguesa***, 17: 59-66, 2004;

SANZ, H. M., VALVERDE, M. P., OTERO, M. J. Seguridad de medicamentos prevención de errores de medicación, ***Farmacia Hosp (Madrid)***, Vol. 25. N.° 2, pp. 121-124, 2001;

SEGURA, P. B., MARIÑO, E. L., SALIENTE, M. T. A., YANGUAS, E. P., ALMIÑANA, M. A., MOLINA, M. C., ÁLVAREZ, M. L. V., Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de Errores de Medicación para su aplicación en hospitales, FARMACIA HOSP (Madrid), Vol. 25. N.° 5, 2001, pp. 253-273.

WANNMACHER, L., Erros: evitar o evitável, Organização Pan-Americana de Saúde, Uso racional de medicamentos: temas selecionados, Vol. 2, Nº7, Brasília, Junho de 2005, 6p.;

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos
2009

Categoria:
Trabalhos em Nível de Graduação

TRABALHO PREMIADO

Avaliação do Planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS, do Município de Santa Maria-RS

Autora: Joceléia Aparecida Magni
Orientadora: Dra. Adriana Dornelles Carpes
Instituição: Centro Universitário Franciscano (UNIFRA)
Contato: jmagnifarma@yahoo.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A reorganização do ciclo da assistência farmacêutica pretende facilitar o processo de desenvolvimento das ações consideradas estratégicas para possibilitar o acesso ao medicamento com uso racional à população na rede SUS. São muitas as etapas do ciclo da assistência farmacêutica que merecem atenção redobrada no processo de planejamento e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), para assim, promover o acesso ao medicamento com qualidade. De acordo com Gomes (2009) existe grande fragmentação das atividades do Ciclo de Assistência Farmacêutica, além de sérias dificuldades na operacionalização de várias delas; dificuldades técnicas, administrativas e operacionais no gerenciamento dos recursos financeiros; dificuldades de interlocução entre as esferas gestoras, fragilidades nas pactuações , entraves políticos e burocráticos; descompasso entre as áreas técnicas e as decisões políticas; Recursos Humanos insuficientes e pouco preparados ao desempenho das atividades; superposição de serviços e atividades; sistema de informação deficiente e por vezes inexistente; carência de material técnico instrucional; falta de planejamento, acompanhamento e avaliação, de modo geral. O Ciclo da Assistência Farmacêutica é um processo que, bem utilizado, pode promover o acesso da população aos medicamentos essenciais, em boas condições de uso, com dispensação adequada e com orientação individual e coletiva, de forma que racionalize o uso e possibilite a melhoria da qualidade dos serviços e na vida da população atendida (OLIVEIRA, 2004). O Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento da Assistência farmacêutica (IAPAF) é um método proposto pelo Ministério da Saúde como ferramenta para avaliação dos problemas relacionados à Gestão da Assistência Farmacêutica SUS (visualizando oito dimensões) consideradas estratégias para sua organização (MINISTÉRIO DA SÁUDE, 2006). Com a avaliação, pretende-se fazer um diagnóstico das ações que foram implementadas no serviço, as dificuldades e os desafios enfrentados pelos farmacêuticos para a organização da assistência farmacêutica. A pretensão desse trabalho é servir como fontes de informação para a tomada de decisão da Gestão no planejamento estratégico para a implementação das ações de organização nos serviços de assistência farmacêutica do município.

Introdução

Podemos dizer que a reorientação da assistência farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão e em iniciativas que possibilitam otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público de saúde (CONASS, 2007). De acordo com Rieck (2008) a assistência farmacêutica não está consolidada como política pública. São muitos os problemas advindos das fragilidades de suas bases legais, do financiamento insuficiente e sem garantias de sustentabilidade, do relevante caráter político do medicamento, do uso irracional, da medicalização da sociedade brasileira, da complexidade do mercado farmacêutico, entre outros. Nem sempre nos Estados e Municípios os responsáveis pela gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica possuem conhecimento técnico necessário para o planejamento das ações. Esse fato dificulta o processo de implementação da política de medicamentos e a eficiência dos serviços prestados à população. A falta de profissionais Farmacêuticos nos estabelecimentos de Saúde também agrava esse processo, pois desqualifica a qualidade da gestão do ciclo da assistência farmacêutica, emperrando o processo de organização da assistência no SUS. A assistência farmacêutica desempenha um papel fundamental na atenção à saúde, algumas estratégias vêm sendo implantadas para a reorientação da assistência farmacêutica, a partir do uso do Instrumento de Auto-avaliação (IAPAF) para o planejamento da assistência farmacêutica nas Instituições Públicas. Esse pretende avaliar as dimensões da assistência farmacêutica, tendo como meta criar um plano de ação para sua estruturação no contexto da necessidade do serviço.

Objetivos

Avaliar do planejamento da assistência farmacêutica no SUS, do município de Santa Maria. Identificar, a partir da avaliação (oito dimensões da assistência) os avanços e desafios encontrados pelos farmacêuticos durante o planejamento e execução da reorganização da assistência farmacêutica no SUS. Demonstrar resultados alcançados através do uso da ferramenta IAPAF, para o planejamento da assistência farmacêutica no SUS. Determinar estratégias de planejamento favorecedoras para o desenvolvimento das ações do plano de aplicação desenhado.

Metodologia

A avaliação da assistência farmacêutica foi realizada através da IAPAF (MINISTÉRIO DA SÁUDE, 2006). A aplicação desse instrumento avaliou o estágio em que se encontra um grupo de dimensões da assistência farmacêutica as quais são: A. Gestão da Assistência Farmacêutica – Capacidade para realizar a gestão do Ciclo da Assistência Farmacêutica. B. Seleção – Capacidade para trabalhar com uma Relação de Medicamentos Essenciais ou para elaborá-la C. Programação/ Aquisição: Capacidade para assegurar a programação e a aquisição de medicamentos em quantidade e tempo oportunos. D. Armazenamento/Distribuição/Transporte: Capacidade para assegurar o acesso a medicamentos seguros quanto à manutenção das suas características físico-químicas. E. Prescrição de Medicamentos. F. Dispensação - Capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde. G. Recursos

Humanos - Capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a assistência farmacêutica. H. Farmacovigilância - Capacidade para implantar o sistema de farmacovigilância no município. A ferramenta (IAPAF) foi aplicada a farmacêuticos pertencentes ao quadro de funcionários do município de Santa Maria, no mês de maio de 2009, os quais fazem parte da gestão do ciclo de assistência farmacêutica na Rede Municipal de Serviços. Foi solicitado que os farmacêuticos fizessem um simulado do plano de aplicação IAPAF - 2009, baseado na observação do Plano de Aplicação do IAPAF - 2006. Demonstrando através deste se houve avanço na implementação das ações, e os desafios que se apresentam para avançar o estágio de desenvolvimento.

Resultados

Os resultados esperados estão condicionados ao desenvolvimento das ações descritas a seguir, pontuadas pelos farmacêuticos para avançar no estágio de desenvolvimento nas dimensões avaliadas por meio do IAPAF, superando os desafios para organização da assistência farmacêutica. A. Gestão da assistência farmacêutica: • Inserir ações de assistência farmacêutica no Plano Municipal de Saúde • Divulgar as ações de assistência farmacêutica nos serviços de saúde e na comunidade. • Divulgar periodicamente a REMUME à instância do poder judiciário. Os Farmacêuticos descreveram como principal desafio a dificuldade de sensibilizar os gestores para a implantação da assistência farmacêutica no município. B. Seleção • Adotar um sistema de registro da análise da literatura científica utilizada no processo de seleção dos medicamentos da REMUME, pela comissão farmacoterapêutica. • Ampliar a adoção de protocolos clínicos adaptando os protocolos do MS(Ministério da Saúde) a realidade do município. • Realizar atividades de capacitação aos prescritores com vistas a sua adesão aos protocolos. Apresentam como desafio a ampliação do número de protocolos, adesão dos prescritores para a utilização dos mesmos como referência e o registro de análise científica para inclusão de medicamentos na REMUME. C. Programação/Aquisição: • Listar os principais problemas de saúde por região sanitária e perfil epidemiológico. • Coletar dados referentes aos diagnósticos mais comuns e esquemas terapêuticos. • Programar o Sistema de aquisição e distribuição de medicamentos considerando a disponibilidade financeira. Como desafio foi colocado a coleta de dados epidemiológicos . D. Armazenamento/Distribuição/Transporte: • Instalação de uma central de abastecimento farmacêutico (CAF). • Implantar o material de boas práticas de armazenamento, distribuição e transporte de medicamentos, juntamente com os procedimentos operacionais padrões. • Implantar um Sistema informatizado de controle de estoque na rede. Como principal desafio foi colocado a disponibilidade de locais apropriados para o armazenamento de medicamentos. E. Prescrição de Medicamentos • Revisar anualmente a REMUME em conjunto com profissionais das diversas especialidades com vistas à maior adesão e comprometimento por parte dos prescritores. Como desafio foi colocado a adesão dos prescritores a relação de medicamentos padronizados. F. Dispensação. • Adequar os locais existentes nas Unidades Básicas • Capacitar os trabalhadores para exercerem atividades na assistência farmacêutica. Foi apresentada como desafio a adequação do espaço físico das farmácias G. Recursos Humanos • Contratar farmacêutico necessário para Unidades Distritais. O desafio descrito foi sensibilizar os gestores para a contratação de farmacêuticos. H. Farmacovigilância: • Organizar em conjunto

com as instituições formadoras, cursos de capacitação na área de farmacovigilância para os trabalhadores da área de saúde.

Conclusões

Ficou evidente que a maioria das dimensões se encontram no estágio 2 de capacidade de desenvolvimento. Durante a avaliação constatou-se a dificuldade de implantação das ações estabelecidas através do Plano de ação (IAPAF/2006). Borges (2009) coloca que no projeto de gestão, a situação que se deseja alcançar com o Plano, não é algo fixo nem definitivo, deve ser entendido como algo móvel que pode ser alterado com aimplantação do plano em função de situações favoráveis ou desfavoráveis. Observando os desafios demonstrados pelos farmacêuticos para avançar o estágio de desenvolvimento coloca-se a necessidade de utilizar como estratégia outra ferramenta de gestão em complemento ao IAPAF. Identifica-se o planejamento estratégico situacional como uma ferramenta potencial a qual considera os desafios (problemas) levantados pelo plano de ação, sendo que a escolha do desafio delimita o direcionamento do plano de aplicação, favorecendo a elaboração de estratégias para alcançar o objetivo meta. Em relação ao capitulo da assistência farmacêutica no plano municipal, ainda não foi possível sua inclusão, visto que, não se conseguiu direcionar o orçamento específico para algumas ações propostas devido à sobrecarga de trabalho e a falta de recursos humanos. Pode-se considerar a falta de recursos humanos, a inexistência de um Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, desafios significativos para o avanço das ações de organização da assistência farmacêutica. Entende-se que estes são de fundamental importância para o processo de planejamento da gestão dos serviços de Assistência farmacêutica na rede SUS. As fragmentações das ações, a falta de recursos humanos, dificultam a resolubilidade dos serviços e distanciam os farmacêuticos da atenção à saúde levando-o a um processo de sobrecarga no serviço e dispensação burocratizada de medicamentos.

Referências

BORGES, Paulo Eduardo. Mayorga. **Curso de administração e planejamento estratégico no SUS**, IV PHARMA RS, 02 abr. 2009. Disponível em: <http://www.crfrs.org.br> Acesso em: 25 jun. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Planejar é preciso**: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). **Sistema Único de Saúde/ CONASS**. Brasília, DF: CONASS, Coleção Progestores, 2007.

GOMES, C. A. P: A **Assistência Farmacêutica no Brasil**: análise e perspectivas. Disponível em: <www.cgee.org.br/arquivos/rhf_p1_af_carlos_gomes.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2009.

OLIVEIRA, M. J. L. **Assistência Farmacêutica**: A percepção dos gestores e profissionais da saúde, de São Luís (MA). Porto Alegre: UFRGS, 2004. Dissertação de mestrado profissionalizante (Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas), Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

RIECK, Elisa Brust. **Análise de gestão estadual da Assistência Farmacêutica a partir do pensamento complexo**. Porto Alegre: UFRGS, 2008. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas), Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

MENÇÃO HONROSA

Avaliação dos serviços de farmacovigilância e farmácia clínica dos hospitais sentinela do sul do Brasil

Autores: Mateus Isoppo, Roberta Caroline Heberle, Alessandra de Sá Soares e Irene Clemes Külkamp
Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina
Contato: mateusisoppo@hotmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Os efeitos nocivos dos medicamentos continuam fazendo vítimas por reações adversas a medicamentos. Esses efeitos são responsáveis por impactos negativos à vida do paciente, tirando-os muitas vezes do seu convívio social e familiar, aumentando custos com tratamento e com a internação (FIGUEIREDO et al., 2005). O ambiente hospitalar proporciona fácil detecção dessas reações no momento da internação, evolução ou alta do paciente, fornecendo subsídios importantes para a equipe multiprofissional envolvida na farmacovigilância. Neste contexto, a ANVISA criou a rede Hospitais Sentinelas, que conta com hospitais em todo país. Teoricamente os hospitais participantes da rede realizam os serviços de farmacovigilância, identificando reações adversas a medicamentos e seus fatores de risco, atuando na prevenção das mesmas, buscando a segurança dos medicamentos, informando e educando os profissionais de saúde e a população sobre o uso racional de medicamentos. A criação da rede Sentinela aumentou o número de notificações de eventos adversos à ANVISA. Porém, o diagnóstico completo dos serviços de farmacovigilância e farmácia clínica realizados por esses hospitais ainda é incipiente. O seguimento farmacoterapêutico, assim como as atividades de pesquisa, investigação e informação são ainda pouco presentes nos hospitais. Os hospitais que possuem uma complexidade maior conseguem ver essas atividades como importantes, porém ainda não as desenvolvem formalmente (MESSEDER, 2007). De acordo com as pesquisas encontradas, percebe-se que realizar a atividade não significa estar realizando-a na sua plenitude, de modo a fornecer dados fidedignos para a ANVISA. A farmácia clínica e a farmacovigilância são serviços em fase de desenvolvimento no país e são constantemente incentivados pelos órgãos de saúde de diferentes formas. Considerando que esses serviços podem melhorar o processo de prescrição e utilização de medicamentos, promover o seu uso racional e diminuir custos de internação e tratamento, surge o interesse em avaliar os serviços de farmácia clínica e farmacovigilância realizados nos hospitais sentinelas do sul do Brasil, identificando se esses serviços são realizados ou não, e como estes estão sendo realizados. De posse destes dados é possível traçar perspectivas da promoção do uso racional de medicamentos nos hospitais sentinelas, e aperfeiçoar serviços que interferem diretamente em um dos setores críticos da saúde pública no Brasil: o uso racional de medicamentos.

Introdução

Atualmente as reações adversas a medicamentos são um grande problema nos hospitais, acarretando sérios riscos a saúde dos pacientes e aumentando os custos da atenção a saúde (PFAFFENBACH, CARVALHO E MENDES, 2002). Com o intuito de amenizar esses contrapontos, foi criado pela ANVISA um projeto de farmacovigilância que incorporado à farmácia clínica, busca a detecção de reações adversas e a racionalidade no uso de medicamentos. Porém, hoje no país, essas atividades são praticadas por pouquíssimos hospitais, e o sistema de avaliação desses serviços ainda precisa ser consolidado, sendo desconhecido se as atividades da farmacovigilância e da farmácia clínica são realmente realizadas, e quando realizadas, se são feitas de maneira adequada. Dentro dessa ruptura, SOARES & KULKAMP (2006) construíram indicadores validados que podem ser utilizados para a avaliação da atividade da farmacovigilância e da farmácia clínica em hospitais. O uso de indicadores permite a quantificação dos resultados desses serviços de forma fidedigna, permitindo a análise, avaliação e busca de soluções para implantação de medidas corretivas ou de melhoria contínua (DELGADO et al., 1995). Dessa forma, através dos indicadores, pode-se garantir maior segurança na utilização dos medicamentos e produtos de saúde, buscando prevenir o aparecimento de reações adversas a medicamentos e ressaltando a importância da equipe multiprofissional para o uso racional de medicamentos.

Objetivos

Construir um instrumento de avaliação aplicável aos hospitais sentinelas a partir dos indicadores criados por SOARES & KULKAMP (2006); verificar a forma com que os serviços de farmacovigilância e farmácia clínica estão sendo realizados nos hospitais sentinelas da região sul do Brasil; identificar os principais problemas enfrentados e os motivos que impedem a realização da execução prática da farmacovigilância e farmácia clínica; traçar perspectivas para o serviço de farmacovigilância e farmácia clínica desenvolvido nas farmácias hospitalares da região sul do Brasil.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo, por observação direta extensiva na forma de aplicação de questionário, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, sob o registro: 09.137.4.03 III. Todos os 36 hospitais sentinelas cadastrados no site da ANVISA, sendo 12 hospitais no Rio Grande do Sul, 16 em Santa Catarina e 08 no Paraná, foram convidados a participar do estudo; porém, só se efetivaram 10 participações, sendo a amostra final constituída por 03 hospitais do Rio Grande do Sul, 06 hospitais de Santa Catarina, e 01 hospital do Paraná. Inicialmente o projeto foi apresentado às instituições mediante contato telefônico com o gerente de risco ou o responsável pelo serviço de farmacovigilância. Após o contato e a aceitação verbal, os documentos da pesquisa foram enviados junto com um envelope endereçado e selado para o retorno da documentação. O questionário desenvolvido para coleta de dados possui 34 perguntas, sendo dividido em três partes. A primeira parte consistiu na caracterização do hospital, e coletou dados relativos à estrutura física e organizacional da instituição pesquisada. A segunda parte caracterizou os serviços de farmácia, e a terceira avaliou as ações e atividades da farmacovigilância e farmácia

clínica realizadas pelos hospitais. Os resultados foram analisados segundo os indicadores propostos por SOARES & KULKAMP (2006) para a avaliação da qualidade dos serviços de farmacovigilância e farmácia clínica hospitalares. Foram aplicados nove indicadores, sendo que 02 foram subdivididos, totalizando 14 descritores. Cada descritor apresenta um nível bom (ideal), e um nível neutro (aceitável). Os descritores também apresentam funções de valor que são referentes à pontuação em cada item avaliado. Assim, cada resposta corresponde a um nível de impacto que relaciona uma função de valor de acordo com os descritores previamente estipulados.

Resultados

A maioria dos hospitais (60%) é de grande porte tendo entre 151 a 500 leitos, e todos são hospitais gerais. Metade dos hospitais possui sistema de distribuição de medicamentos individualizado. Todos dispõem de padronização de medicamentos e metade a revisa de dois em dois anos. A forma de divulgação varia desde a utilização de guias impressos até palestras de apresentação e treinamento com a equipe profissional. A maioria dos hospitais realiza treinamentos de recursos humanos da farmácia de forma programada, preventiva e corretiva; porém, em metade dos hospitais os funcionários da farmácia trabalham com acúmulo de funções. O controle de estoque é de forma geral realizado através de software de computador com aviso de estoque mínimo. Dos hospitais pesquisados, 50% não possuem profissional específico para farmacovigilância e 70% não possuem profissional específico para farmácia clínica. A maioria dos hospitais dedica menos de 20 horas por semana aos serviços de farmacovigilância variando entre 01 e 15 horas e apenas 30% dos hospitais dedicam mais de 40 horas semanais aos serviços de farmácia clínica. A maioria dos hospitais pesquisados (90%) não avalia todos os pacientes no serviço de farmacovigilância, havendo uma variabilidade expressiva entre 1% e 65%. As formas mais citadas de intervenção farmacêutica foram a intervenção verbal e informatizada (40%) seguida de intervenção verbal ao médico (27%). Dos hospitais que realizam os serviços, 40% repassam as notificações a ANVISA de forma esporádica e apenas 20% às repassa de forma sistemática diária. Dos hospitais pesquisados, metade deles não realiza busca ativa para detecção de reações adversas a medicamentos. Um número significativo de hospitais (40%) não classifica as reações adversas encontradas e 30% desconhecem as metodologias preconizadas para classificação de reações adversas a medicamentos. Com os dados pesquisados construiu-se gráficos de desempenho para cada hospital.

Conclusões

Embora todo esforço dos órgãos reguladores para que os serviços de farmacovigilância e farmácia clínica ocorram dentro dos hospitais sentinelas, neste estudo os dados apontam para uma carência desses serviços que pode ser comprovada através dos scores atingidos por cada hospital. A grande maioria dos hospitais pesquisados obteve score neutro (aceitável), ou abaixo dele, ficando em vários indicadores aquém do score ideal proposto por SOARES & KULKAMP (2006). Com os resultados encontrados, faz-se necessária uma reflexão sobre a necessidade de melhorias no serviço de farmácia clínica e farmacovigilância dentro dos hospitais. Ações como o aumento no número de profissionais farmacêuticos e colaboradores da farmácia diminuindo a sobrecarga de tarefas, a implantação da busca ativa por reações adversas a medicamentos, a capacitação da equipe multiprofissional para a realização da farmacovigilância e farmácia clínica e a conscientização

quanto à importância da notificação de reações adversas, representam um bem comum à população, visando à qualidade e ao uso seguro de medicamentos. Esse trabalho buscou traçar perspectivas para o serviço de farmacovigilância e farmácia clínica desenvolvido nas farmácias dos hospitais sentinelas da região sul do Brasil, onde seria bastante oportuno tratar os dados aqui levantados de forma pormenorizada para que possa ser utilizado como fonte de consulta e subsídio aos órgãos competentes a fim de serem criadas estratégias para a manutenção e desenvolvimento desse programa. As abordagens aqui tratadas permitiram um panorama da situação na região sul do Brasil que pode nesse momento refletir a situação do serviço de farmacovigilância no país. Espera-se que a pesquisa e os seus resultados possam contribuir na transformação da realidade, no sentido de dar à farmacovigilância e a farmácia clínica a devida importância no contexto da política de medicamentos.

Referências

DELGADO et al - Desarrollo de un programa de garantia de calidad de la informacion pasiva en un centro de informacion de medicamentos de ambito hospitalario. **Revista Farmacia Hospitalaria**, Madrid, v.19, n.5., 1995.FIGUEIREDO et al., 2005.

MESSEDER, Ana Maria; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; CAMACHO, Luiz Antônio Bastos. Projeto Diagnóstico da Farmácia Hospitalar no Brasil: uma proposta de hierarquização dos serviços. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 835-844, abr. 2007.

PFAFFENBACH, Grace; CARVALHO, Olga Maria; MENDES, Gun Bergsten. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Campinas. v. 48, n. 3, p. 237-241, 2002.

SOARES, Alessandra de Sá; KULKAMP, Irene. **A criação de indicadores para a consolidação da farmacovigilância e da farmácia clínica na gestão da qualidade em farmácia hospitalar**. Revista Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar, v. 3, p. 13-22, 2006.

MENÇÃO HONROSA

Caracterização dos medicamentos descartados por usuários da Farmácia Popular do Brasil/Farmácia Escola da UFRGS

Autores: Bruno Simas da Rocha, Isabela Heineck, Tânia Alves Amador, Louise M. J. Seixas, Sara Maria Gallina, Carla Salvadoretti e Paulo Eduardo Mayorga Borges
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Contato: bsroc@yahoo.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Devido à existência de medicamentos armazenados nas farmácias caseiras, se faz necessário recolher os que se encontram em desuso, para evitar o uso indevido. Realizar uma caracterização detalhada dos medicamentos descartados pode auxiliar os profissionais, instituições de saúde e autoridades competentes na elaboração de estratégias e de abordagens educativas no sentido de orientar os usuários sobre a automedicação, seus riscos implicados e a importância do uso racional de medicamentos. Este trabalho alerta para a necessidade de organização de programas pelo SUS para o descarte de medicamentos em desuso e vencidos, e para a necessidade de investimentos na minimização da geração destes resíduos, através de prescrições racionais, adequação das embalagens aos tratamentos, dispensação adequada e cumprimento das prescrições por parte dos usuários.

Introdução

Para que os medicamentos tenham sua plena ação, devem estar em condições adequadas de uso e dentro do prazo de validade. Estes aspectos são importantes para a eficácia do tratamento e segurança do usuário. Após expirar o prazo de validade os medicamentos vencidos devem ser inutilizados e descartados para evitar problemas relacionados com medicamentos, como intoxicações, uso sem necessidade ou sem indicação, falta de efetividade, reações adversas, entre outros. A partir deste contexto, uma preocupação importante relaciona-se com a forma correta de descarte de medicamentos. Ainda não há coleta seletiva para medicamentos em vigor no país. No entanto, existe legislação que aborda esta questão. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da RDC 306 (BRASIL, 2004), de dezembro de 2004, dispõe sobre o gerenciamento de resíduos de saúde, e a resolução 358 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) (BRASIL, 2005), dispõe sobre o tratamento e disposição final dos resíduos de serviços de saúde, entre outros. De acordo com a legislação brasileira, os serviços de saúde são responsáveis pelo gerenciamento de todos os resíduos dos serviços de saúde por eles gerados, devendo atender às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a destinação

final (BRASIL, 2006). Sabe-se que, por falta de orientação e alternativa, o usuário tem descartado de forma inadequada o medicamento no meio ambiente, aumentado a carga poluidora. Deve-se ressaltar ainda a problemática de medicamentos como quimioterápicos, antibióticos, hormônios, entre outros, cujo impacto no meio ambiente é maior (EICKHOFF, 2009; PONEZI, 2008). Com esta preocupação a Faculdade de Farmácia da UFRGS realiza desde 2006, campanhas de descarte de medicamentos vencidos. As Campanhas são organizadas por iniciativa de docentes, da Comissão de Saúde e Trabalho (COSAT) e há o envolvimento de estudantes e parceria com uma empresa de gerenciamento de resíduos que possui autorização dos órgãos competentes para o descarte adequado de medicamentos entre outros resíduos (EICKHOFF, 2007).

Objetivos

A partir da campanha de descarte de medicamentos vencidos, este trabalho tem como objetivo caracterizar os medicamentos descartados na Farmácia Popular do Brasil/Farmácia Escola da UFRGS. Como objetivo secundário foi elaborado material educativo impresso voltado aos usuários da farmácia escola.

Metodologia

Durante a campanha, foram realizadas entrevistas educativas com usuários que procuraram a Farmácia para descartar medicamentos no período de 24 de maio a 8 de agosto de 2008. Após a entrevista foi realizada triagem dos medicamentos para a coleta de informações e separação das embalagens primária e secundária. A embalagem secundária (caixas e bulas) era colocada em sacos para lixo seco, para posterior descarte no sistema de coleta seletiva da Universidade. A embalagem primária, juntamente com o medicamento, foi disposta em sacos plásticos enviados à empresa Pró-Ambiente, em períodos determinados, para descarte na sua central de resíduos no município de Cachoeirinha - RS. O questionário utilizado apresenta questões breves para identificar o conhecimento do usuário sobre descarte e armazenamento de medicamentos, bem como a forma de aquisição dos produtos. Os dados dos medicamentos foram coletados utilizando-se a Ficha de Identificação de Medicamentos, com espaço previsto para o nome do medicamento, número de identificação, e colunas com códigos correspondentes a diversos itens, dentre os analisados no presente trabalho: via de administração, código ATC, forma farmacêutica, tarja, data de validade, origem do medicamento, entre outros. O código da classificação ATC foi procurado para cada nome genérico do medicamento e associação, no site da Organização Mundial da Saúde(BRASIL, 2007). Este sistema de classificação foi desenvolvido pela OMS devido à necessidade de se adotar uma classificação internacional uniforme para medicamentos, de acordo com seus locais de ação e suas características terapêuticas e químicas (ATC, 2008). Posteriormente, os dados codificados foram digitados e analisados no programa Microsoft Office Excel 2003.

Resultados

Foram realizadas 134 entrevistas, totalizando 965 produtos farmacêuticos (média de 7,22 produtos por entrevista). Quanto ao prazo de validade, 77% dos medicamentos estavam vencidos, 17%

ainda eram válidos e para 6% não foi possível identificar a data de validade. Cerca de 10% dos medicamentos descartados na campanha eram amostras grátis, sendo a proporção de vencidos semelhante a do total de medicamentos descartados. A tarja do medicamento reflete, em certa medida, a forma de aquisição do medicamento. A maioria dos medicamentos descartados pelos usuários era de venda somente com a apresentação de receita (tarja vermelha, 55%) ou de venda livre (sem tarja, 39%). Este resultado de certa forma era esperado, pois são os grupos mais numerosos no mercado. No entanto, em nosso país, os medicamentos com tarja vermelha sem retenção de receita são comprados muitas vezes sem a prescrição médica possibilitando o uso irracional. As formas farmacêuticas mais comuns foram as sólidas, integralizando mais de 50% dos itens. As formas farmacêuticas líquidas ficaram em segundo lugar, incluindo solução oral (12%), e outras formas líquidas (14%), seguidas das formas farmacêuticas semi-sólidas (15%). A via de administração dos medicamentos mais descartados foi a via oral, seguida pela via tópica. Dos 965 produtos descartados, 718 (74%) foram classificados pelo código ATC. Para cerca de 26% dos produtos não foi possível a classificação, pois tratavam-se de fitoterápicos, associações que só existem no Brasil ou por impossibilidade de identificar o produto. As classes predominantes dos medicamentos descartados nesta campanha foram: antiinflamatórios e produtos anti-reumáticos (13,25%), analgésicos (10,18%), antibacterianos de uso sistêmico (9,2%) e antihistamínicos de uso sistêmico (13,11%). Os analgésicos e antiinflamatórios são medicamentos comuns na farmácia caseira, servindo como primeiro socorro para alívio de sintomas usuais, como dores de cabeça e febre. Como geralmente estes medicamentos são usados somente quando há necessidade do usuário, acabam sendo acumulandos nas residências, perdendo a sua validade e devendo ser descartados. Os medicamentos mais descartados na campanha foram diclofenaco (3,62%), dipirona (2,65%), paracetamol associado a neurolépticos (2,65%), amoxicilina (2,51%) e paracetamol (2,51%). Estudos que analisam a farmácia caseira encontram esses mesmos medicamentos e classes farmacológicas como as mais freqüentes no estoque domiciliar. A partir dos dados obtidos neste trabalho e considerando a carência de informações sobre descarte de medicamentos, foi elaborado um material educativo impresso voltado à população usuária da Farmácia-escola. Este material pretende orientar quanto ao uso racional, descarte; e armazenamento adequados de medicamentos e outros produtos.

Conclusão

Diante dos resultados apresentados, é importante refletir sobre os possíveis fatores relacionados ao estoque doméstico de medicamentos, pois é daí que se originam os produtos para o descarte. Entre eles pode-se citar: apresentação inadequada do produto, reações adversas ao medicamento, falha/interrupção no tratamento, automedicação, farmácia caseira e amostras grátis (EICKHOFF, 2009; FERNANDEZ,2000; SCHENKEL, 2004). Para amenizar os riscos de contaminação ambiental pelo descarte incorreto de medicamentos, a melhor abordagem é a minimização da geração destes resíduos, através de prescrições racionais, adequação das embalagens aos tratamentos, dispensação adequada e cumprimento das prescrições por parte dos usuários. Algumas estratégias podem ser elaboradas para resolver o problema do descarte de medicamentos, como a formação de programas de recolhimento de medicamentos em desuso vinculados ao Sistema Único de Saúde, bem como diagnosticar o padrão de uso de medicamentos pelos usuários para poder

intervir educativamente. A população necessita ser informada quanto a fatores relacionados ao uso racional dos medicamentos e conscientizada frente ao correto descarte deste em desuso para evitar a contaminação do meio ambiente.

Referências

ANATOMICAL THERAPEUTICAL CHEMICAL CLASSIFICATION SYSTEM (ATC) NORDIC COUNCIL ON MEDICINES; 2008. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/indexdatabase/>. Acesso em 15 de julho de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC No 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Resolução No 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

EICKHOFF, Patrícia; FERRONATO, Karine; BORTOLUZZI, Fabiana; SEIXAS, Louise M.; HEINECK, Isabela. Descarte de medicamentos: experiência da campanha realizada com a participação da Faculdade de Farmácia da UFRGS, p. 61-71. In: Centro de Informações sobre Medicamentos do RS: o desafio de qualificar a informação. Porto Alegre, RS: Ed. Universidade/UFRGS, 2007. 94p.

EICKHOFF, Patrícia; HEINECK, Isabela; SEIXAS, Louise M. Gerenciamento e Destinação Final de Medicamentos: uma discussão sobre o problema. Revista Brasileira de Farmácia, v. 90, n. 1, p. 64 – 68, 2009.

PONEZI, Alexandre Nunes; DUARTE, Maria Cristina Teixeira; CLAUDINO, Maria Cristina. Fármacos em matrizes ambientais – revisão [periódico online]. Disponível em: <http://www.cori.unicamp.br/CT2006/trabalhos/FARMACOS%20EM%20MATRIZES%20AMBIENTAIS.doc> Acesso em: 24 de julho de 2008.

SCHENKEL, Eloir Paulo (org). Cuidados com os medicamentos. 4.ed. rev. ampl. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2004.

MENÇÃO HONROSA

Estoque, automedicação e uso de medicamentos pelos usuários da estratégia de saúde da família

Autores: Rosa Camila Lucchetta*, Josiane dos Reis Sarra*, Patricia de Carvalho Mastroianni*, José Carlos Fernandez Galduróz**
Instituições: * Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP; ** Escola Paulista de Medicina, UNIFESP
Contato: pmastro@fcfar.unesp.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, considera a Atenção Primária em Saúde abordagem essencial para o cumprimento da meta "Saúde para todos", de modo que os cuidados prestados à comunidade neste nível de atenção sirvam de instrumento para uma mudança estrutural do estado de saúde das populações com base na garantia de equidade e universalidade de acesso à saúde (OMS/UNICEF, 1978). Consoante, o Sistema Único de Saúde cria, em 1994, o Programa Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem por princípio a equidade e como propostas promoção da saúde e prevenção de doenças. O mesmo é considerado núcleo modelador da Atenção Básica à Saúde no Brasil. No tocante da promoção da saúde, a OMS preconiza o acesso aos medicamentos essenciais. Nessa iniciativa, o Brasil aprova, em 1998, a Política Nacional de Medicamentos, que tem como propósito garantir o acesso aos medicamentos essenciais e uso racional dos mesmos com garantia de segurança, eficácia e qualidade destes produtos. Para isso, relaciona oito diretrizes, a saber: adoção da relação de medicamentos essenciais; regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da assistência farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998), das quais destacamos a promoção do uso racional de medicamentos, que envolve o acompanhamento e avaliação da utilização do medicamento e consiste em perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. Sabe-se que as práticas de uso irracional dos medicamentos têm consequências indesejáveis, tais como agravamento do quadro clínico, mascaramento de doenças evolutivas, polimedicação, uso indiscriminado de antibióticos e injetáveis, reações adversas a medicamentos (RAM), intoxicações medicamentosas e resultados negativos associados aos medicamentos (CIPOLLE, 2001; VILARINO, 1998). Além do mais, estima-se que cerca de 15% das internações hospitalares sejam por possíveis RAM (MASTROIANNI, 2009) e 92% dos casos de problemas com medicamentos no âmbito secundário e terciário da saúde possam ser evitados (ZARGARZADEH, 2007). Com isso, percebe-se a importância de estudos

que avaliem aspectos epidemiológicos envolvidos no uso do medicamento e relacionados aos indicadores da assistência farmacêutica no âmbito da atenção primária à saúde, visando à análise atual de saúde e monitorização de riscos, permitindo a formulação de medidas preventivas. O presente estudo teve por objetivo avaliar o uso do medicamento e condições de armazenamento na população usuária da ESF, a fim de promover a prevenção e detecção de erros de medicamentos, automedicação inadequada e desta forma contribuir para a redução de problemas relacionados ao uso inadequado de medicamentos.

Introdução

O uso racional de medicamentos preconizado na política nacional de medicamentos (BRASIL, 1998) e pelas recomendações internacionais (OMS, 2002), ocorre quando "os pacientes recebem a medicação adequada às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes aos seus requisitos individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e para a comunidade" e na maioria das vezes a automedicação é irracional. Entende-se por automedicação "uso de medicamento sem a prescrição, orientação e/ou o acompanhamento do médico ou dentista" (BRASIL, 1998). Considerando que 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil são por meio da automedicação (AQUINO, 2008); e destes, 44,1% seriam necessárias a apresentação da prescrição médica para adquiri-los, observa-se que a automedicação, na maioria das vezes, é inadequada podendo trazer prejuízo ao usuário (ARRAIS, 1997). Além disso, a população não possui informações corretas de como estocar os medicamentos e geralmente o faz em locais inseguros e inadequados, o que pode interferir na qualidade do medicamento. Sabe-se que da "farmácia doméstica" decorrem inúmeros casos de medicamentos vencidos e de intoxicações medicamentosas (LAPORTE, 1989). Segundo os dados publicados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, os medicamentos são responsáveis por 30,6% dos casos de intoxicação registrados (SINITOX, 2009).

Objetivos

O presente estudo teve por objetivo identificar e quantificar as famílias que apresentam estoque de medicamentos, os membros que estão fazendo uso dos mesmos e os que se automedicam; comparar o modo de uso dos medicamentos com as orientações descritas nas prescrições médicas; descrever as condições de armazenamento; quantificar o número de especialidades farmacêuticas (EF) encontradas e verificar os aspectos de segurança quanto às informações do princípio ativo, lote do medicamento e prazo de validade das EF encontradas.

Metodologia

O estudo foi conduzido num município que se encontra a 360 km da capital paulista, cuja atividade econômica predominante é agropecuária; e possui uma população de 13.028 habitantes, segundo o IBGE, 2007. O município apresenta quatro estabelecimentos de saúde, todos municipais com atendimento ambulatorial, um estabelecimento privado com atendimento ambulatorial e especialidades e duas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atendem 1.867 famílias. O universo da pesquisa correspondeu as 1.867 famílias cadastras nas duas unidades da

ESF do município. A amostra foi definida por meio de sorteio aleatório estratificado (319 famílias [IC95%]). Os dados foram coletados pelos pesquisadores e pelos agentes comunitários de saúde responsáveis pelas famílias sorteadas, após treinamento prévio de um encontro de uma hora, recebendo orientação sobre o objetivo do estudo e preenchimento do formulário. As primeiras visitas foram acompanhadas. A coleta foi realizada no período de julho a outubro de 2008 nas famílias que consentiram participar da pesquisa, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) por meio de formulário semi-estruturado, contendo questões abertas e fechadas com informações sobre identificação da família cadastrada, membros da família e do coletor dos dados; consumo e uso de medicamento na semana da entrevista, bem como maneiras de aquisição dos mesmos; condições de armazenamento segundo as condições de segurança e boas práticas de armazenamento, baseado no item 11.3 da RDC 210/03 (BRASIL, 2003), bem como informações de identificação e rastreabilidade do medicamento (nome do princípio ativo, prazo de validade, número de lote, bula e presença de embalagem); e um espaço aberto para análise e confronto do modo de uso do medicamento com a orientação da prescrição médica. Os dados coletados foram processados num banco de dados em aplicativo Excel e tabulados na forma de frequência simples ou absoluta segundo a presença de medicamentos, membros da família fazendo uso do medicamento, descrição das condições de armazenamento, forma de aquisição do medicamento, identificação de automedicação e uso inadequado de medicamento. O presente estudo foi submetido para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo da UNIFESP e aprovado sob o protocolo de nº 0917/08.

Resultados

Foram sorteadas 319 famílias assistidas pelas equipes saúde da família, destas 280 (87,8%) contemplaram os critérios de inclusão e participaram do estudo, sendo 121 famílias atendidas pela equipe saúde da família 1 e 159 pela equipe saúde da família 2 que representavam 994 usuários da ESF. Os motivos de perdas foram recusas ou imóveis vazios. Observou-se que 255 (91,1%) famílias possuíam medicamentos em casa e em 217 (85,1%) destas havia pelo menos um membro que fazia uso de medicamento(s), totalizando 350 (35,2%) usuários no período da coleta dos dados. Quanto ao armazenamento, observou-se que geralmente as famílias possuem mais de um local de armazenamento, sendo um local para medicamentos em uso e outro para medicamentos em estoque ou sobras de antigos tratamentos. Foram identificados 326 locais de armazenamento, na maioria cozinha (65,1%), e 41,1% considerado inseguro e inadequado, segundo as boas práticas de armazenamento. Apenas 57 (22,3%) famílias apresentavam todos os locais de armazenamento seguros e adequados. Foram encontradas e avaliadas 2.578 EF, mediana de sete EF por domicílio, das quais 40% apresentavam algum problema de segurança (como validade vencida [13,9%], princípio ativo repetido [5,5%] e ausência de informação (como nome do medicamento ou princípio ativo [1,45%], sem número de lote [7,3%] ou sem o prazo de validade [5,1%]). Em 179 famílias (82,5%) foi possível realizar a entrevista com um usuário de medicamento. Identificou-se 24 usuários que se automedicavam, sendo que praticamente todos (95,8%) faziam uso de, pelo menos, um medicamento sob prescrição médica, adquiridos em farmácias e drogarias do município (12,8%). Das automedicações observadas cinco foram classificadas como tal pela observação de uso do medicamento por meio de prescrição médica vencida. Foi possível comparar o relato

do modo de uso dos medicamentos pelos usuários com as orientações descritas nas prescrições médicas em apenas 44 usuários, porque os demais não apresentaram a prescrição médica. Em 21 (47,7%) usuários foi identificado uso inadequado de medicamentos, sendo em 15 (71,4%) por posologia em desacordo e em seis (28,6%) por interrupção de tratamento. Com relação aos usuários com inadequações de uso, pôde-se observar que a mediana de medicamentos no modo de uso foi de 5,0 (+/-1,8) e as classes terapêuticas mais frequentes segundo a ATC (Classificação Anatômico Terapêutico) (WHO, 1996) foram os anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais e insulina, anti-inflamatórios e antirreumáticos, diuréticos, antidepressivos e ansiolíticos, analgésicos, medicamentos para tratamento da úlcera péptica e antibióticos. Já entre os usuários que não foi observada qualquer inadequação do modo de uso, a mediana de medicamentos usados foi 2,0 (+/-1,0) e as classes terapêuticas mais comumente utilizadas foram os anti-hipertensivos, diuréticos tiazídicos, hipoglicemiantes orais e analgésicos.

Conclusão

Os dados obtidos indicam que a maioria das famílias contém, pelo menos, um usuário de medicamentos, bem como estocam de forma inapropriada os medicamentos, o que pode causar alterações nos fármacos, resultando em problemas na farmacoterapia, tais como inefetividade terapêutica (medicamentos vencidos ou sem prazos de validade ou devido à degradação do fármaco), intoxicações (mais de uma especialidade com fármacos repetidos), ou ainda erros de medicação (por falta de informações sobre o nome ou fármaco da especialidade farmacêutica). A automedicação é uma prática preocupante por ser realizada de forma irracional, inadequada e abusiva e na maioria das vezes com medicamentos sujeitos a prescrição médica. Os desacordos posológicos e interrupções de tratamentos identificados possivelmente estão associadas a resultados negativos associados aos medicamentos, em função de doses baixas, reações adversas a medicamentos, intoxicações por doses elevadas e não adesão terapêutica. Além disso, as inadequações de uso foram mais frequentes entre os usuários de medicamentos psicotrópicos e os polimedicados, indicando que um cuidado farmacêutico deve ser dado a esses pacientes. Portanto o acesso a medicamentos é um importante passo a ser cumprido. No entanto, segundo as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos para que seu uso seja adequado ainda se faz necessário um acompanhamento farmacoterapêutico, como, por exemplo, com a participação do profissional farmacêutico na ESF que, por meio da Atenção Farmacêutica, tem condições de identificar, corrigir e prevenir os problemas do uso incorreto dos medicamentos, a fim de promover o uso racional dos medicamentos e melhoria do estado de saúde da comunidade.

Referências

AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2009. doi: 10.1590/S1413-81232008000700023.

ARRAIS, Paulo Sérgio D. et al . Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Públic**a , São Paulo, v. 31, n. 1, Fev. 1997 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2009. doi: 10.1590/S0034-89101997000100010.

BRASIL. Portaria nº 3961, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 de nov. 1998. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=751&word=>. Acesso em: 11 Fev. 2009.

BRASIL. Resolução RDC nº 210, de 04 de agosto de 2003. Determina a todos os estabelecimentos fabricantes de medicamentos, o cumprimento das diretrizes estabelecidas no Regulamento Técnico das Boas Práticas para a Fabricação de Medicamentos, conforme ao Anexo I da presente Resolução. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 de ago. de 2003. Disponível em http: <//e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=22321&word>. Acesso em: 28 Jun 2009.

CIPOLLE, R. J., STRAND, L. M., MORLEY, P. C. **O Exercício do Cuidado Farmacêutico**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades, 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 08 Mar. 2009.

LAPORTE, J.R.; TOGNONI, G.; ROSENFELD, S. Epidemiologia do medicamento. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1989.

MASTROIANNI, P. C., VARALLO, F.R., BARG, M.S., NOTO, A. R., GALDUROZ, J. C. Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 45, n. 1, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Declaração de Alma-Ata. In: **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 2 Set. 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales**. no.5, Ginebra, 2002; Disponível em: < http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>. Acesso em: 11 Fev. 2009.

SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas. Registro de intoxicações. Dados nacionais. **Casos registrados de intoxicação e/ou envenenamento**: Brasil, 2009. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=8>. Acesso em 28 Maio 2009.

VILARINO, Jorge F. et al . Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 32, n. 1, Fev. 1998 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2009. doi: 10.1590/S0034-89101998000100006.

WHO. World Health Organization. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. Oslo: WHO; Center for Drug Statistics Methodology, 1996. Disponível em: http://www.whocc.no/atcddd/. Acesso em: 08 Mar. 2009.

ZARGARZADEH, A.H.; EMANI, M.H.; HOSSEINI, F. Drug-related hospital admissions in a generic pharmaceutical system. **Clin. Exp. Pharmacol. Physiol.**, v. 34, p. 494-498, 2007.

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do
Uso Racional de Medicamentos
2009

Categoria:
Trabalhos desenvolvidos em Entidades/Instituições

TRABALHO PREMIADO

Projeto Saúde da Gente

Autora: Grazielle Massariol Mori
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Ibiraçu - ES
Contato: grazimmori@ig.com.br

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

No campo de estudos de saúde pública, o uso de medicamentos ocupa lugar de destaque, já que é uma ferramenta terapêutica muita utilizada e seu emprego frequentemente é realizado de forma errônea, trazendo prejuízos tanto para a população quanto para os sistemas de saúde.
O Uso Racional de Medicamentos é estabelecido quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologias adequadas, por um período de tempo adequado e a um menor custo para si e para a comunidade (MARIN et al., 2003). A existência de todo um arcabouço legal acerca do Uso Racional de Medicamentos respalda todo trabalho que possa abordar esse assunto tanto na esfera privada quanto nos órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde, como por exemplo, a Política Nacional de Medicamentos, instituída pela Portaria Ministerial nº 3.916/98 que apresenta como uma de suas diretrizes a promoção do URM. Além disso, a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo apresenta como propósito maior a garantia à população capixaba de acesso equânime à medicamentos, em todos os níveis de atenção à saúde, cuidando de promover o seu uso racional e a humanização do atendimento prestado a seus usuários, também apresentando como uma de suas diretrizes a promoção do uso racional de medicamentos, por meio de ações educativas, regulatórias e gerenciais (BRASIL, 1998; ESPÍRITO SANTO, 2007). Além de todo arcabouço legal que respalda a realização de ações voltadas para o uso racional de medicamentos, a importância de se trabalhar em busca deste uso é decorrente das seguintes constatações (WANNMACHER, 2006):

- 15% da população consomem mais de 90% da produção farmacêutica.
- 25-70% do gasto em saúde nos países em desenvolvimento correspondem a medicamentos, comparativamente a menos de 15% nos países desenvolvidos.
- 50-70% das consultas médicas geram uma prescrição medicamentosa.
- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente.
- 75% das prescrições com antibióticos são errôneas.

Os medicamentos configuram bem a necessidade de abordagem sistêmica para prevenção de erros. Os atores envolvidos em erros nos processos terapêuticos são múltiplos, inclusive o próprio paciente, que deve ser adequadamente informado a respeito do uso correto dos medicamentos

(WANNMACHER, 2005). Diante deste cenário, as estratégias reguladoras, gerenciais ou educativas que visem o estabelecimento do Uso Racional de Medicamentos, ocupam lugar de destaque já que poderão contribuir para uma melhoria na qualidade de vida da população e serão responsáveis por uma maior efetividade e eficiência com os gastos públicos.

Introdução

A influência da saúde sobre as condições e a qualidade de vida tem ocupado políticos e pensadores ao longo da história. Diversos autores consideram que a saúde pode ser afetada pelo estado dos ambientes social e físico, reconhecendo ainda que a pobreza é muitas vezes a consequência de doenças pelas quais os indivíduos não podiam ser responsabilizados (BUSS, 2000). Entretanto, demonstrar que a qualidade de vida afeta a saúde e que esta influencia fortemente a maneira de se viver é um grande desafio. Nesse campo de investigação restam muitas questões a serem resolvidas e respondidas, inclusive no que diz respeito as intervenções que, a partir do setor saúde, possam influenciar de forma favorável a qualidade de vida (BUSS, 2000). Considerando que o medicamento é uma ferramenta utilizada frequentemente e que em grande parte dessa utilização configura-se o seu uso inadequado, essa utilização deve nortear constantemente esse campo de investigação. No ano de 1985 durante a Conferência Mundial sobre URM sediada em Nairobi, no Quênia, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), iniciou-se a discussão sobre Uso Racional de Medicamentos (URM) onde se estabeleceu que existe uso racional quando os pacientes recebem medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses adequadas às particularidades individuais, por período de tempo adequado e com baixo custo para eles e para a comunidade. (WANNMACHER 2004). Em relação ao campo da saúde pública, o uso irracional de medicamentos é um importante problema em todo o mundo, com grandes consequências econômicas. Estima-se que a prescrição incorreta pode acarretar gastos de 50 a 70% mais altos dos recursos governamentais destinados a medicamentos. (MARIN et al., 2003). Embora os órgãos responsáveis pela administração da saúde priorizem acertadamente a maior disponibilidade do medicamento à população – visto que se trata de uma ferramenta terapêutica essencial na promoção, proteção e recuperação da saúde – esse esforço pode se transformar em problema, caso não se considere o uso racional como ponto primordial deste processo (OLIVA, 2007). A contabilização dos dados de ocorrência de Reações Adversas a Medicamentos no Brasil ainda são poucos, mas nos Estados Unidos um estudo mostrou que, em 1998, elas foram a quarta causa de morte mais frequente naquele país, sendo superada somente pelo infarto do miocárdio, câncer e acidente vascular cerebral (OLIVA,2007). No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde divulgados em 2004, os medicamentos lideraram o ranking de agentes de intoxicação humana, ficando a frente de agrotóxicos, raticidas, metais, alimentos e até mesmo drogas de abuso. (OLIVA, 2007). A superação desse problema, através do uso racional de medicamentos, é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência à saúde da população (OLIVA, 2007). Algumas estratégias devem ser consideradas para que seja implementado o URM, sendo divididas em: reguladoras, gerenciais e educativas. A utilização de estratégias educativas voltadas para o uso racional pode ser dirigida a profissionais de saúde, bem como a usuários dos serviços de saúde, sendo elas grandes incentivadoras para mudanças de hábitos tipicamente irracionais.

Objetivos

Objetivo Geral: contribuir para melhoria da qualidade de vida da população através da promoção de estratégias educativas voltadas para obtenção do uso racional de medicamentos.
Objetivos Específicos: divulgar os aspectos relacionados ao Uso Racional de Medicamentos e prover discussões acerca desse assunto a nível municipal; estimular a população a ser agente de sua própria saúde; divulgar a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) como um instrumento norteador das prescrições em nível municipal; alertar a população sobre os riscos do uso incorreto dos medicamentos; atuar na prevenção de doenças;

Metodologia

O Projeto Saúde da Gente foi executado pela Secretaria Municipal Saúde de Ibiraçu, município situado na região norte do Estado do Espírito Santo. O município de Ibiraçu segundo dados do IBGE referentes ao ano de 2007 possui uma população de cerca de 10.312 habitantes. A efetiva execução desse projeto dependeu da parceria estabelecida entre a Prefeitura Municipal de Ibiraçu e a empresa Aracruz Celulose, situada no município de Aracruz localizado a poucos quilômetros de Ibiraçu. Os gestores responsáveis pela área de relacionamento com as comunidades da empresa Aracruz Celulose, logo após a análise do referido projeto no início do primeiro semestre do ano de 2009, se sensibilizaram com as justificativas e objetivos propostos e atenderam prontamente com os recursos materiais necessários, dentre eles camisetas, bonés, folders e banner. As atividades relacionadas a execução do projeto começaram ainda no primeiro semestre do ano de 2009 e irão se perdurar até o final deste ano, tendo ainda como intuito tornar algumas ações desse projeto como eventos fixos a serem executados anualmente no município. A sensibilização dos gestores foi o primeiro passo para que esse projeto tivesse a abrangência merecida, já que após esta sensibilização todos ficaram cientes da relevância do problema a ser tratado. Além disso, deve ser ressaltada a importância da integração intersetorial para a realização deste trabalho. Num primeiro momento realizamos palestras junto aos grupos de Terceira Idade do município, bem como a grupos específicos de pacientes como, por exemplo, hipertensos e diabéticos, estudantes, todas estas palestras variavam no conteúdo a ser transmitido de acordo com o público para as quais eram destinadas, no entanto todas enfatizavam a importância do uso correto dos medicamentos em cada situação específica. Durante essas ações utilizaram-se diversas formas de apresentação desde palestras, Dia D de mobilização para o alcance do Uso Racional de Medicamentos até a realização de teatros que retratavam o tema proposto. Também foram realizadas capacitações para os servidores municipais da saúde, que puderam por meio dessas atividades conhecer o real sentido do Uso Racional de Medicamentos e sua importância para a qualidade de vida da população e para o sistema de saúde municipal. Dentre estas atividades, merece destaque a capacitação dos agentes comunitários de saúde e a promoção do I Seminário Municipal sobre Uso Racional de Medicamentos que contou com a participação de representantes de todo quadro funcional da saúde municipal, com o objetivo de divulgar os aspectos relacionados ao Uso Racional de Medicamentos.

Resultados

A promoção de palestras juntamente a grupos específicos possibilitou certamente a divulgação de aspectos relacionados ao uso de medicamentos que nunca haviam sido comentados de forma mais abrangente. Pode-se dizer que essa foi a primeira edição municipal de um trabalho que retratasse tal situação. Durante a realização dos trabalhos foi possível observar de uma forma geral que as dúvidas e indagações quando o assunto é medicamento não são poucas, no entanto as pessoas não são estimuladas a estarem debatendo ou discutindo sobre tal situação. Além disso, foi possível notar que no início de realização dos trabalhos nem todos os profissionais de saúde ou inseridos na gestão municipal da saúde conheciam sobre o tema proposto, revelando dessa forma a justificativa para a prática de hábitos tipicamente irracionais quando o assunto era o medicamento. O desconhecimento do que era a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais por parte de alguns profissionais também mereceu destaque, já que a mesma é um instrumento norteador de todas as prescrições em nível municipal sendo considerada uma ferramenta para se racionalizar o uso de fármacos. Além disso, a aceitação positiva com o tema proposto seja ele direcionado a população local ou aos profissionais foi positiva, o que motivou ainda mais a realização desses trabalhos. A formação de agentes multiplicadores e praticadores do uso racional de medicamentos foi o que se almejava durante a realização das ações. Pode-se dizer que um resultado mais abrangente ainda não foi delineado, no entanto, em especial ao grupo dos agentes comunitários de saúde, já foi possível observar algumas mudanças, especialmente durante suas visitas a Farmácia Básica Municipal, pois os profissionais passaram a adotar um olhar mais crítico e reflexivo em relação aos medicamentos, o que era esperado , já que agora os mesmos poderão replicar práticas racionais nas comunidades, no que condiz ao uso adequado dos medicamentos. A entrega dos certificados de Agentes Promotores do Uso Racional de Medicamentos reforçou ainda mais a adoção de condutas positivas em relação ao tema proposto por tais profissionais, pois o sentimento de responsabilização assumiu lugar de destaque nestas práticas profissionais. Os certificados também foram entregues as escolas do município que possibilitaram que este tema fosse divulgado também nas unidades escolares. A utilização de artifícios anteriormente usados somente para divulgação de outras práticas de saúde, como por exemplo o Dia D de mobilização para o Uso Racional de Medicamentos também foi uma das ações que culminou com a orientação de várias pessoas acerca de um tema que poucamente era comentado. Esse dia representou o marco desse projeto, pois sinalizou para a população em geral a importância de estar trabalhando para o alcance do uso adequado dos medicamentos. Esse projeto possibilitou que o termo Uso Racional de Medicamentos não ficasse restrito a estrutura física e aos profissionais inseridos na Assistência Farmacêutica Municipal ao passo que a população e os profissionais de saúde puderam conhecer os riscos inerentes ao uso dos medicamentos, bem como os prejuízos que podem ser trazidos em decorrência de tal uso.

Conclusão

Considerando o disposto na Constituição Federal de 1988 que garante como direito de todos e dever do Estado o acesso universal igualitário as ações e serviços para promoção, recuperação e proteção da saúde, inclusive no que diz respeito a Assistência Farmacêutica, fica evidente que

a execução de práticas ligadas e fundamentadas pelo Uso Racional de Medicamentos devem ser cada vez mais estimuladas. No entanto, é evidente que a discussão sobre o Uso Racional de Medicamentos ainda fica restrita a grupos específicos ligados diretamente a esta temática. Mas a realização do Projeto Saúde da Gente mostrou que esta abordagem pode e deve ser amplamente discutida e devidamente divulgada em todos os níveis e segmentos governamentais sejam eles federal, estadual ou municipal. Durante a realização deste projeto foi possível detectar que a maioria das pessoas desconhecia o conceito sobre o Uso Racional de Medicamentos, sendo assim, a discussão desse tema desde a esfera municipal até a população local, mostrou que essa abordagem é necessária e que o profissional farmacêutico possui um papel de grande relevância e interlocução nesse aspecto. Além disso, combater uma prática cultivada por longos anos, em que o medicamento é reconhecido como um símbolo de saúde, reforça ainda mais esse papel articulador e interventor desse profissional.

Apesar de ainda não possuir o profissional farmacêutico inserido na Estratégia de Saúde da Família Municipal a integração entre o serviço de Assistência Farmacêutica Municipal e ESF foi de fundamental significância, revelando dessa forma que o farmacêutico deve estar preparado para atualizar e informar os indivíduos quanto ao controle sobre os determinantes da saúde, influindo no processo saúde-doença e fortalecendo as ações de promoção e prevenção, além de promover a articulação dos serviços farmacêuticos aos outros serviços de saúde. A função do farmacêutico compreende além do aspecto assistencial, o aspecto preventivo e educacional, sendo de sua responsabilidade a orientação e a sensibilização da comunidade nos cuidados essenciais para o uso correto dos medicamentos, bem como despertar nesses profissionais o senso de serem agentes de sua própria saúde, garantindo então a real significância do tema atenção à saúde, que é regida pelos princípios da equidade e integralidade das ações de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 10. nov. 1998.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 05, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S141381232000000100014&script=sci_arttext>. Acesso em: 23. abr. 2009.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Assistência Farmacêutica. **Diagnóstico da Assistência Farmacêutica no setor público e a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo**. Vitória, 2007.

MARIN, Nelly et al. Uso Racional de Medicamentos (URM). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

OLIVA, Ricardo. Uso Racional de Medicamentos: uma responsabilidade de todos. **Jornal da Tarde**. Opinião. São Paulo, 2007. Disponível em: < http://txt.jt.com.br/editorias/2007/04/09/opi-1.94.8.20070409.3.1.xml Jornal da tarde 09/04/2007>. Acesso em: 15. abr. 2009.

WANNMACHER, Lenita. Uso Racional de Medicamentos: Medida Facilitadora do Acesso. In: BERMUDEZ, Jorge A. Z.; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; ESHER, Ângela. **Accesso a Medicamentos**: Derecho Fundamental, Papel del Estado. Rio de janeiro: ENSP, 2004.

WANNMACHER, Lenita. Erros: Evitar o evitável, Brasília, v. 2, n. 7, p. 1, 2005.

WANNMACHER, Lenita. **Uso Racional de Medicamentos: perspectivas nacionais**. Seminário sobre Uso Racional de Medicamentos. Curitiba, 2006. Disponível em: <http://74.125.93.132/search?q=cache:XrNZ3rhcF2YJ:200.189.113.52/ftp/Visa/farmaco/URM_LenitaWannmacher.pps+%EF%81%B6+15%25+da+popula%C3%A7%C3%A3o+consomem+mais+de+90%25+da+produ%C3%A7%C3%A3o+farmac%C3%AAutica.wannmacher&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.Acesso em: 15. abr. 2009.

MENÇÃO HONROSA

Centro Regional de Informação sobre Medicamentos uma ferramenta para o uso racional

Autoras: Iolanda Szabo e Márcia Maria Barros dos Passos
Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro – Faculdade de Farmácia – Departamento de Medicamentos – Farmácia Universitária – Centro Regional de Informação sobre Medicamentos
Contato: iolandaszabo@globo.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

Nas últimas décadas o desenvolvimento de novos fármacos levou ao aumento acentuado da demanda por informações a respeito dos medicamentos. Em paralelo cresceu exponencialmente a quantidade de informação divulgada por meio de propagandas de medicamentos veiculadas pela mídia que tem sido um estímulo frequente para o uso inadequado dos mesmos, porque têm se mostrado inconsistentes e até mesmo omissas em relação aos efeitos adversos dos medicamentos, tendendo a ressaltar seus possíveis benefícios (Aquino, 2008). As informações difundidas aos profissionais e aos usuários nem sempre são de boa qualidade e imparciais, tornando-se necessária uma atitude crítica frente a elas (PEPE, 2000). Além disso, os médicos, muitas vezes, não têm acesso a informações completas sobre a segurança dos fármacos, parte deles desconhece os possíveis efeitos nocivos do que prescreve, ou não sabe identificar nem prevenir corretamente combinações perigosas entre as substâncias farmacológicas. Por outro lado, alguns pacientes ignoram os riscos do uso concomitante de vários medicamentos e muitas vezes não declaram o que já estão usando, sem falar nos perigos da automedicação (Aquino, 2008). Devido à importância de informações confiáveis sobre medicamentos e a dificuldade em obtê-las, foram criados os Centros de Informação sobre Medicamentos (CIM) que vieram preencher esta lacuna representando para os profissionais da saúde uma ferramenta extremamente útil e crucial em diversas situações principalmente auxiliando na tomada de decisões clínicas visando o uso racional dos medicamentos. Profissionais de modo geral, e os que atuam em programas de seguimento farmacoterapêutico solicitam constantemente os serviços do Centro de Informação sobre Medicamentos da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CRIM), tendo em vista que há diversas discrepâncias entre as práticas prescritoras, o que gera dúvidas quanto à(s): indicação terapêutica apropriada; concentrações de fármacos; doses usuais; doses máximas; interações medicamentosas; diluições; estabilidade; questionamentos sobre formulações manipuladas. Além de atender as solicitações de informações o CRIM também elabora e distribui informativos de caráter educacional aos pacientes e profissionais de saúde sobre o uso racional dos medicamentos, e revisa e atualiza os guias de orientação sobre o uso dos medicamentos utilizados por farmacêuticos e estagiários na dispensação farmacêutica na Farmácia Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os projetos de atenção farmacêutica desenvolvidos na Farmácia Escola utilizam o CRIM como fonte de informação no subsídio às tomadas de decisão no

acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes diabéticos, usuários de Ginkgo biloba e outros atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Outra vertente em consonância com o SUS são as atividades educativas, realizadas pelo CRIM, nas escolas públicas das comunidades adjacentes à UFRJ fazendo da informação uma ação preventiva em saúde.

Introdução

Os medicamentos tornaram-se uma importante ferramenta da qualidade e expectativa de vida da população, entretanto, com o aumento do consumo intensificaram-se as ocorrências de reações adversas e desvios na comercialização (Vidotti, 2000).Os Centros de Informação de Medicamentos (CIM) surgiram na década de 60 nos Estados Unidos da América, foram criados para evitar o uso irracional de medicamentos, e atualmente são encontrados no mundo inteiro.Nasceram para atender a necessidade de informação idônea sobre medicamentos, e tornaram-se espaços privilegiados que podem atuar como observatórios das práticas sociais relacionadas aos medicamentos oriundas das solicitações de informações de medicamentos e também, das culturas dominantes que influenciam estas práticas.Além disso, podem fornecer subsídios às políticas de medicamentos, bem como, estratégias para a abordagem de problemas localizados, relacionados à promoção do uso racional de fármacos (Passos, 2009). Embora o acesso às informações na forma eletrônica esteja cada dia mais fácil, de modo geral não está disponível no local do atendimento ao paciente, mesmo quando o profissional pode lançar mão deste recurso, apesar da quantidade, essa informação nem sempre é de boa qualidade e imparcial, além disso, este volume de informação não é difundido de modo eficiente e ágil. O CRIM oferece aos profissionais de saúde e aos usuários de medicamentos uma fonte de informação técnico-científica idônea sobre medicamentos, como estratégia para racionalização do uso dos mesmos, recebe e atende a profissionais, estudantes e público em geral da rede do SUS e da rede privada de serviços, além de ser Unidade Notificadora Pólo, integrando-se ao Programa de Farmacovigilância do Rio de Janeiro, fornecendo informações técnicas sobre medicamentos envolvidos em notificações.

Objetivos

Promover o uso racional de medicamentos disponibilizando informação técnico-científica atualizada, imparcial e pertinente processada e evoluída; selecionar, avaliar, interpretar, e organizar informações de fontes bibliográficas idôneas gerando informações sobre medicamentos para profissionais de saúde e público em geral; Desenvolver programas de educação continuada em farmacoterapêutica; realizar atividades educacionais sobre o uso adequado de medicamento; elaborar e distribuir material informativo; promover e cooperar com programas de farmacoepidemiologia e farmacovigilância no SUS.

Metodologia

O Centro Regional de Informação sobre Medicamento da Universidade Federal do Rio de Janeiro tem capacidade de processar qualquer tipo de informação sobre os diversos aspectos relacionados aos medicamentos. A Informação solicitada é sistematizada e organizada utilizando-se a seguinte estratégia metodológica descrita a seguir: Receber adequadamente as

solicitações de informação sobre medicamentos, de forma clara, independente seja esta por e-mail, telefone ou pessoalmente. Classificar a consulta levando em consideração a natureza da consulta, classificada em categorias como: Reação adversa, interação medicamentosa, dose; e o tipo de solicitante se profissional de saúde, usuário de medicamentos, ou outros. Obter informação sobre as circunstâncias que geraram a consulta, o que permite ao farmacêutico uma melhor compreensão do que o solicitante deseja saber, o que garantirá uma resposta útil e apropriada de acordo com a situação específica que originou a solicitação. Realizar uma investigação sistemática e eficiente da literatura iniciando-se com a utilização de fontes de referência geral ou terciária, representada por livros-texto, compêndios ou revisões bibliográficas que apresentam a informação de forma condensada, e que têm sua origem em fontes primárias de informação. Caso seja necessário aprofundar a respeito, procede-se a consulta de fontes secundárias que representam um grupo heterogêneo de fontes de informação que funcionam como um guia ou linha direta das fontes primárias, e são representados por serviço de resumos, sistemas de índices listados, entre outros. As referências primárias são a terceira etapa na investigação, é a fonte de informação mais específica e concreta, e refere-se a artigos científicos publicados em revistas científicas. A partir daí formula-se a resposta coerente, concreta e clara ao solicitante em tempo hábil. Num primeiro momento a resposta pode ser dada na forma oral e então complementada com um informe escrito.

Resultados

Desde a sua criação o CRIM publicou 16 boletins em revista, elaborou para a Farmácia Escola da UFRJ: os informativos com orientações aos pacientes sobre o uso de Carbonato de cálcio, Alendronato de sódio, Sinvastatina, Metoxisaleno, Mefloquina, Cloroquina, Losartan, e Glucosamina com Condroitina; organizou a Revisão dos três Guias de orientação aos pacientes sobre Cápsulas, Comprimidos e Medicamentos de uso tópico; realiza palestras educativas nas Escolas públicas das comunidades do entorno da UFRJ alertando sobre os perigos da automedicação e do uso irracional dos medicamentos; participa do programa de capacitação e treinamento dos funcionários e estagiários da Farmácia Escola da UFRJ ministrando aulas e palestras, oferece oportunidade de estágios aos alunos da Faculdade de Farmácia interessados na área de informação sobre medicamentos, além de ter atendido até o momento a 1084 solicitações de informações sobre medicamentos. Apenas no último ano foram feitas ao CRIM 26 solicitações de pesquisa para os pacientes diabéticos participantes do projeto de acompanhamento farmacoterapêutico, em todas foram detectadas interações prejudiciais e realizadas intervenções no sentido do uso racional de medicamentos como o Enalapril, Espironolactona, Sinvastatina, Glibenclamida e Paracetamol que representam impacto significativo no controle adequado da condição de saúde destes pacientes. Além destas, em 2008 das 56 pesquisas de interações medicamentosas direcionadas ao CRIM, 89% tiveram como resultado interações potencialmente graves, incluindo medicamentos utilizados para condições crônicas que afetam grande faixa da população e também medicamentos psicotrópicos como o Tramadol e o Diazepam usados para condições particulares de saúde. Esperamos que a disseminação da informação sobre medicamentos sobre seus vários aspectos, e abrangendo tanto os profissionais de saúde quanto a população em geral, colabore efetivamente com o uso racional

Conclusão

A informação passiva é a principal atividade desenvolvida no CRIM-RJ, sendo que esta se concentra em determinados grupos profissionais ou sociais dependendo do período e da natureza da informação, onde o profissional farmacêutico o principal cliente. Este estudo permitiu verificar as diferenças e semelhanças nas práticas de outros centros que desenvolvem atividades comuns as do CRIM-RJ, abrindo a perspectiva de intercâmbio para harmonização de estratégias e aprimoramento do trabalho lá desenvolvido. Finalmente, pressupõe-se que as informações produzidas pelos CIM aos profissionais de saúde e usuários de medicamentos, possam agregar um valor aos sistemas de saúde, na medida em que disseminam informação necessária para a promoção de práticas mais adequadas relacionadas aos medicamentos.Devido as características de suas atividades o CRIM faz interfaces: com o meio acadêmico fornecendo assim subsídios para o ensino; com a sociedade por sua atuação visando o uso racional dos medicamentos; com os profissionais de saúde subsidiando decisões clínicas e atualizando este profissional na perspectiva de educação continuada, e com a pesquisa realizando o levantamento de dados para os projetos na área de farmacoepidemiologia e atenção farmacêutica, colaborando com significância e impacto nas ações do SUS.

Referências

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

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

VIDOTTI, C. C. F. et al. **Centros de Informação sobre Medicamentos: Análise Diagnóstica no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia/Organização Pan-Americana de Saúde, 2000.

PASSOS, M. M. B. et al.Avaliação das solicitações de informações fornecidas pelo Centro Regional de Informação de Medicamentos do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Farm.**, Rio de Janeiro, jan-mar 2009. v. 90(1). p. 101-106.

MENÇÃO HONROSA

O papel do universitário farmacêutico frente às novas tendências e conceitos de saúde na atenção primária (SUS), na cidade de Alfenas – MG

Autores: Leonardo Ferreira, Olinda M. G. C. V. Boas (CO), Márcia H. M. C. Podestá (CO), Walnéia A. Souza (OR)
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - MG
Contato: leonardo.fe@hotmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

O modelo de atenção primária praticado no SUS aponta para a necessidade de implantação de novas estratégias de assistência às condições agudas e crônicas, que devem e podem ser adaptadas à realidade de nosso sistema público (MENDES, 2009). A visita domiciliar é uma prática antiga na área da saúde e atualmente está sendo resgatada em função das novas políticas públicas, que incentivam maior mobilidade do profissional (LOPES et al., 2008). Segundo Lopes (2008), evidencia-se a amplitude da visita domiciliar na área da saúde, permitindo avaliar, desde as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família, até assistir os membros do grupo familiar, acompanhar o seu trabalho, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento, além de aplicar medidas de controle nas doenças transmissíveis ou parasitárias. Também deve ser considerada no contexto de educação em saúde por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e consequentemente, promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Garante atendimento holístico por parte dos profissionais, sendo, portanto, importante a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos da clientela assistida. Na prática, os farmacêuticos responsabilizam-se em resolver ou melhorar o problema de saúde do paciente, através do fornecimento de informação apropriada para assegurar o uso racional, e não apenas pelo ato da dispensação do medicamento. Essa melhora deve ser obtida pela otimização da terapia farmacológica e resolução dos problemas relacionados aos medicamentos. Constitui uma nova filosofia de exercício do profissional farmacêutico. Compreende atitudes, valores éticos, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde (IVAMA et al., 2002). Essa postura requer do farmacêutico o conhecimento, empenho e responsabilidade, frutos da formação acadêmica e da vivência profissional conquistada cotidianamente. A responsabilidade pelo acompanhamento do tratamento farmacológico coloca para as equipes da saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2007). Logo, fazer uso de várias ferramentas que favorecem um melhor conhecimento da terapia utilizada pela população, contribui de forma satisfatória para aplicabilidade de uma atenção primária à saúde a todos os indivíduos. O universitário farmacêutico busca assim ampliar

os seus conhecimentos e aliá-los aos teóricos adquiridos na instituição de ensino para promover uma dispensação responsável e humanizada e propor soluções concretas relacionadas ao uso racional dos medicamentos e à promoção de saúde.

Introdução

A Visita Domiciliar é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência (SOUZA, 2004). No âmbito de assistência a saúde, cabe a atividade de atenção farmacêutica que é parte integrante e pertencente à profissão desenvolvida pelo profissional e por estudantes universitários. A atenção farmacêutica foi definida como "a provisão responsável do tratamento farmacológico com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes" (HEPLER & STRAND, 1990). Uma das formas de se realizar a atenção farmacêutica no SUS é através das visitas domiciliares aos usuários pertencentes às Unidades de Atenção Primária a Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multidisciplinares em unidades básicas de saúde. As equipes atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2007). O propósito deste estudo foi inserir o universitário farmacêutico no SUS, utilizando as novas tendências e conceitos de saúde na Atenção Primária.

Objetivos

O objetivo deste estudo foi promover a inserção do acadêmico do curso de Farmácia na Atenção Primária a Saúde. Para tanto, utilizou-se como estratégia a orientação sobre o uso adequado dos medicamentos na dispensação realizada nas unidades e na atenção farmacêutica nas visitas domiciliares.

Metodologia

O estudo foi realizado pelos alunos do 6º período do curso de Farmácia da Universidade Federal de Alfenas-MG, nas Unidades de Atenção Primária a Saúde de Alfenas, durante a realização do estágio obrigatório em farmácia ambulatorial no SUS, uma parceria entre a Prefeitura Municipal e a Universidade, firmada através de convênio. Os usuários que concordaram em participar da pesquisa foram acompanhados no período março a dezembro de 2008. Os dados coletados foram reunidos em uma planilha do Excel para análise dos resultados. Os pacientes foram selecionados segundo a complexidade das patologias, polifarmácia e não adesão ao tratamento. Após o término do estágio, foi elaborado um relatório das atividades desenvolvidas nas visitas domiciliares, com levantamento dos seguintes dados: dificuldade de ir às consultas; dados sociodemográficos como escolaridade (menos de quatro anos ou quatro anos ou mais), raça (branca ou não branca), estado civil (casado ou não casado), sexo (masculino ou feminino), idade (< 18, 18 a < 30, 30 a < 45, 45 a < 65 e > 65 anos), renda familiar (até 2 salários mínimo ou ≥ 2) e ocupação (aposentado, do lar, autônomo, desempregado, afastado por doença e empregado). Foram coletados dados antropométricos (índice de massa corpórea e medida de cintura), dados clínicos (internações

nos últimos 12 meses e medida de pressão arterial), dados terapêuticos (adesão ao tratamento determinada pelo método de Fodor et al. (2005) e medicamentos prescritos. A aferição da pressão arterial (PA) foi padronizada e seguiu as recomendações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). Foram considerados controlados aqueles em que a média foi ≤140/90 mmHg e não controlados os com valores superiores. Foi realizado o cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e a medida da circunferência abdominal. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo foi avaliada pelo Teste de Fodor et al. (2005) com as seguintes questões, com respostas "SIM ou NÃO": 1. Eu tomo meu remédio para a pressão arterial todos os dias. Nunca esqueço de tomá-lo; 2. Eu tomo meu remédio para a pressão arterial quase todos os dias. Às vezes eu esqueço de tomá-lo; 3. Às vezes ou esqueço ou decido não tomar meu remédio para a pressão arterial, por um curto período de tempo (dias); 4. Eu me esqueço freqüentemente ou decido não tomar meu medicamento para a pressão por longos períodos (semanas ou meses). Foram considerados de alta adesão, os pacientes que responderam SIM na primeira pergunta e NÃO nas outras três. O material educacional em relação à orientação ao tratamento foi elaborado de acordo com recomendações padronizadas das V Diretrizes da Pressão Arterial (2006): cartão de anotação de medida de pressão arterial, fichas de orientação em relação aos medicamentos e adesivos com figuras lúdicas (manhã, almoço, tarde, noite) para serem colocados nos potes a fim de separar os medicamentos.

Resultados

Dos 62 pacientes, 26% homens e 74% mulheres, foram analisados as condições sociodemográficas e hábitos de vida. Com relação a renda familiar, 57% dos pacientes são aposentados, 33% têm como ocupação o seu lar e apenas dois pacientes entrevistados se encontram desempregados. Já com relação a idade, 63% apresentam superior a 65 anos e 32% apresentam idade entre 45 a 65 anos. A maioria dos entrevistados (73%) recebe até dois salários mínimos, é casada (68%), de raça branca (66%) e apresentam escolaridade de quatro anos ou mais (52%). Com referência às condições clínicas, 75% dos pacientes não foram internados e 65% não deram entrada ao pronto atendimento nos últimos 12 meses. Verificou-se que o grupo feminino (74%) obteve valores médios de IMC (26 kg/m2) e cintura (95 cm), percebendo-se que há excesso de peso (VR 25,0 – 29,9 kg/m2) e risco alto de doença cardiovascular (VR>88 cm). Já para os homens (26%), foram obtidos valores médios de 28 kg/m2 e 95 cm mostrando também excesso de peso (VR 25,0 – 29,9 kg/m2) e risco aumentado de doença cardiovascular (VR ≤ 102 cm). Entre as condições crônicas que mais acometeram a saúde dos indivíduos, estavam a hipertensão arterial (90%) e o diabetes (47%). Dos 62 pacientes, 90% eram hipertensos e destes, 66% estavam com a pressão arterial controlada e 34% não controlada. Foi verificado que os pacientes controlados apresentaram IMC e circunferência da cintura menor que os não controlados. Os pacientes com controle da PA apresentaram maior número de visitas ao pronto-socorro (41%) embora com menor número de internações (22%), quando comparados com os pacientes sem controle da PA (26%). Pela análise dos medicamentos prescritos, observou-se em média 6 medicamentos por paciente com um número máximo de 18 medicamentos. Os fármacos mais utilizados para o controle da pressão arterial foram os diuréticos (73%) e inibidores de ECA (63%). Já para o diabetes, foram glibenclamida e metformina, sendo que 38% utilizavam os dois medicamentos concomitantemente. Segundo teste de Fodor et al. (2005)

para adesão ao tratamento, 81% dos pacientes com PA controlada e 53% dos indivíduos sem controle responderam sim à questão 1, sugerindo alta adesão ao tratamento medicamentoso. Dos pacientes que controlam a PA, 22% responderam que têm dificuldades em ir às consultas nas unidades primárias de saúde enquanto que para os indivíduos sem controle, esta taxa foi maior, 47%. As visitas domiciliares pelos universitários do curso de farmácia, agentes de saúde ou outros profissionais do programa de saúde da família, bem como a dispensação responsável de medicamentos podem contribuir para a mudança na adesão do tratamento medicamentoso, esclarecendo cada vez mais às pessoas sobre a situação de saúde.

Conclusão

O estágio permitiu aos acadêmicos conhecimentos da realidade da população atendida como o perfil sociodemográfico, as patologias prevalentes, os medicamentos mais utilizados, a pressão arterial e adesão ao tratamento pelos pacientes pertencentes às Unidades de Atenção Primária à Saúde de Alfenas-MG. A questão primordial foi a relação que os estagiários desenvolveram em relação à saúde pública. Observa-se a necessidade de estimular a atuação profissional, principalmente de acadêmicos e egressos profissionais, o que pode ser um primeiro passo para sucesso da Atenção Farmacêutica, uma vez que a sociedade começa a reconhecer a importância do atendimento realizado pelo farmacêutico, presença esta tão essencial e eficaz. A satisfação dos pacientes usuários do SUS frente à compreensão em relação a sua doença, as complicações e o como poderia estabelecer uma melhor qualidade de vida foi um dos resultados obtidos do acompanhamento farmacoterapêutico, conquista esta como de grande importância para a profissão farmacêutica. A partir disso, o paciente poderá tornar-se co-responsável pelo seu tratamento, uma vez que, a adesão ao seu tratamento depende em grande parte do conhecimento e comprometimento com sua saúde, como o uso disciplinar da medicação e mudanças de hábitos de vida. Portanto, essa atividade prática constituiu-se numa estratégia para a prática adequada dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Acesso em outubro de 2007. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL – V. Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Campos do Jordão, Brasil. 2006, p.48

FODOR, G.J.; KOTREC, M.; BACSKAI, K.; DORNER, T; LIETAVA, J.; SONKODI, S.; RIEDER, A.; TURTON, P. Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study. **J. of Hypertens**. v.6, n.23, p.1261-1266, 2005.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Oportunidades y responsabilidades en atención farmacéutica. **Pharm. Care Esp**. v.1, n. 1, p. 35- 47, 1990.

IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M.S.; OLIVEIRA, N.V.B.V.; MARÍN, N.; RECH, N. Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos – Consenso. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2002. 24p. Disponível em: <www.opas.org.br/medicamentos/docs/atenfar.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2009.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência e Cuidados em Saúde**,v.7, n.2, p. 241-247. 2008.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848p.

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, v. 6, 2004. www.proec.ufg.br.

MENÇÃO HONROSA

Riscos da automedicação: tratando o problema com conhecimento

Autores: PEREIRA, Januaria Ramos[1]; SOARES, Lucianos[1]; HOEPFNER, Lígia[1]; KRUGER, Karin Elisa[2]; GUTTERVIL, Mariane Leite[2]; TONINI, Karen Cristine[2]; DEVEGILI, Daiane Aparecida[2]; ROCHA, Elaine Regina[2]; VERDI, Flávia[2]; DALFOVO, Daiane[2]; OLSEN, Karina[2]; MENDES, Tatiana[2]; DERETTI, Roberta[2]; SOARES, Viviane[2]; LOBERMEYER, Cizete[2]; MOREIRA, Jaciara[2]; FERREIRA, Jacqueline[2]; FRANCISCO, Adriana[3]
Instituição: 1. Professores do Departamento de Farmácia, UNIVILLE; 2. Alunos de graduação, Departamento de Farmácia, UNIVILLE; 3. Aluno de graduação, Departamento de Medicina, UNIVILLE
Contato: januariaramos@gmail.com; neafar.univille@gmail.com

Justificativa e Aplicabilidade do Trabalho junto ao SUS

A Portaria no 3.916/99 estabeleceu a Política Nacional de Medicamentos, com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998). Segundo dados desta Portaria o processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação são fatores que promovem um aumento na demanda por medicamentos. Dessa forma torna-se necessário o desenvolvimento de um processo educativo, tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário acerca do uso racional de medicametos e dos riscos da automedicação. As atividades desenvolvidas pelo projeto "Riscos da Automedicação. Tratando o Problema com conhecimento" são simples, demandam poucos recursos para sua execução, podem ser utilizadas como parte do processo de educação em saúde dos profissionais que trabalham no SUS e dos usuários das unidades de saúde (UBS) visando minimizar o uso irracional de medicamentos e permitindo melhor alocação dos recursos disponíveis.

Introdução

A automedicação constitui o uso de medicamentos sem nenhuma intervenção por parte de um médico, ou outro profissional habilitado, nem no diagnóstico, nem na prescrição, nem no acompanhamento do tratamento. O uso indiscriminado de medicamentos tornou-se uma das grandes dificuldades enfrentadas pela saúde no âmbito mundial. Os medicamentos têm como função aliviar sintomas, curar doenças e disfunções orgânicas. Porém, quando utilizados erroneamente podem mascarar doenças ou agravar quadros patológicos (LESSA, et al., 2008). No Brasil milhões de pessoas são adeptas da automedicação. O acúmulo doméstico de medicamentos, perfazendo tanto os medicamentos em uso, quanto os de uso esporádico e os que estão fora de uso, pode influenciar os hábitos de consumo dos moradores, podendo ou não ser utilizado em outra prescrição, ou ainda gerar automedicação oriunda do

próprio estoque. Questões como custo dos medicamentos estocados e risco implícito na sua utilização estão intimamente ligados à qualidade e ao uso racional desse estoque. O acúmulo de medicamentos nas residências, constituindo por vezes um verdadeiro arsenal terapêutico, é também fator de risco (FERREIRA et al., 2005). Além de favorecer a prática da automedicação, facilitar a ocorrência de um equívoco entre medicamentos, e do risco de intoxicação por ingestão acidental, a falta de cuidados com a farmácia caseira pode afetar a eficiência e a segurança no uso de medicamentos de diversas maneiras, por exemplo, a ingestão acidental dos medicamentos pelas crianças, causando intoxicações e a perda da eficiência do medicamento pelo mau armazenamento ou até mesmo por vencimento (ZAMUNER, 2006). O padrão de consumo dos medicamentos em nosso país é influenciado por aspectos culturais, publicidade, dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a falta de informação e instrução da população em geral e o fácil acesso aos medicamentos de venda livre nas farmácias comunitárias, justificando a preocupação com a prática no país.

Justificativa

O direito à saúde instituído pela constituição brasileira evidencia os medicamentos como componentes essenciais e estratégicos, sujeitos à influência de muitos fatores que vão de aspectos relacionados ao seu desenvolvimento até o uso na terapêutica. Os medicamentos constituem um insumo essencial na moderna intervenção terapêutica, sendo empregado na cura e controle de doenças, com grande custo-efetividade quando usados racionalmente, afetando decisivamente os cuidados de saúde (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008). Apesar do impacto sobre o curso das doenças e do grande avanço ocorrido no desenvolvimento, produção e controle de qualidade dos medicamentos ao longo do século XX, parece cada vez mais evidente que o acesso e o uso dos medicamentos exercem influência significativa sobre o resultado do tratamento, independente da eficácia, segurança e qualidade do produto. Os resultados de estudos sobre medicamentos apresentam uma situação grave no que se refere às conseqüências do uso irracional, como o grande número de intoxicações, a baixa resolutividade dos tratamentos, o uso abusivo e ainda, a necessidade de novos tratamentos, geralmente mais complexos como conseqüência dessa lógica, com um aumento nos custos correspondentes (BORTOLETTO; BOCHNER, 1999; MATOS; ROSENFELD; BORTOLETTO, 2002, RAYMUNDO et al., 2003, VILLA et al., 2008) No Brasil 80% dos medicamentos comercializados são consumidos sem prescrição e/ou orientação farmacêutica e ocupam o 1° lugar entre os agentes causadores de intoxicações em seres humanos. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, 29% dos óbitos ocorridos no Brasil são provocados por intoxicação medicamentosa (SINITOX, 2000). Além disso, 15% a 20% dos orçamentos hospitalares são utilizados para tratar complicações causadas pelo mal uso de medicamentos. No âmbito da assistência farmacêutica, a educação em saúde, ainda é o maior instrumento para a promoção do uso racional dos medicamentos. Este é um processo que informa, motiva e ajuda a população a adotar e manter práticas e estilos de vida saudáveis. Inclui a educação da população visando instruir sobre a natureza das enfermidades, motivando-os a participarem ativamente do seu controle e cumprindo com as instruções repassadas pelos profissionais de saúde. Com a promoção do uso racional de medicamentos, pode-se contribuir para a diminuição dos números de intoxicação e internações hospitalares, e conseqüentemente atuar mais em níveis de prevenção e promoção da saúde proporcionando melhor alocação dos recursos disponíveis (MARIN et al., 2003).

Objetivos

O projeto tem como objetivo conscientizar a população estudantil da rede de ensino do município de Joinville e comunidade em geral sobre os riscos da automedicação; sistematizar, elaborar e disponibilizar informações sobre medicamentos para a população alvo; avaliar como que a população adquire, armazena e utiliza os medicamentos; contribuir para a redução dos casos de intoxicação com medicamentos e abordar junto ao público alvo os cuidados relativos ao uso correto desses medicamentos.

Metodologia

As atividades desenvolvidas em escolas e comunidades do município de Joinville são no formato de dinâmicas, palestras, feiras e jogo, partindo-se do conhecimento existente, visando orientar para o uso racional de medicamentos. Inicialmente os extensionistas ingressantes passam por um treinamento que envolve o estudo da literatura sobre a automedicação e o desenvolvimento da dinâmica de interação com o público. A atividade principal realizada pelo projeto é a dinâmica, a qual é constituída pela divisão de turma em grupos com cinco integrantes, que recebem uma caixa com medicamentos, representando uma "Farmácia Caseira", contendo medicamentos com diversos tipos de falhas técnicas, degradados pelo armazenamento e transporte inadequados, embalagens semelhantes, com prazo de validade vencido e ainda medicamentos parecidos com bala. Com o objetivo de identificar os principais problemas nos medicamentos disponíveis os estudantes recebem um formulário que dirige a análise do conteúdo da caixa sendo orientados neste processo pelos extensionistas. Em seguida o conhecimento é socializado e discutido para consolidar as informações. As palestras são ministradas de acordo com o público alvo e tem os seguintes títulos: Uso Racional de Medicamentos na Terceira Idade, Uso racional de Medicamentos Anticoncepcionais, Uso Racional de Medicamentos durante a Gestação. As feiras ocorrem durante eventos envolvendo temas relacionados à saúde. Em um espaço definido é montado um stand onde são expostos os medicamentos com as mesmas falhas técnicas da Farmácia Caseira utilizada na dinâmica. Os extensionistas ficam no stand recebendo os visitantes e orientando a cerca do perigo da utilização de medicamentos sem indicação por parte de profissionais habilitados, armazenamento e uso racional dos medicamentos. Os jogos educativos foram baseados no material disponibilizado pelo projeto EDUCANVISA e o teatro foi desenvolvido pelos extensionistas e simula um caso de uma criança que atraída pela cor de um medicamento acaba tento uma intoxicação. A linguagem utilizada é simples uma vez que o teatro foi desenvolvido visando as crianças entre 3 e 6 anos.

Resultados

O projeto de extensão iniciou no ano de 2006 e inicialmente tinha como público-alvo estudantes do ensino médio das escolas do município de Joinville. Com o desenvolvimento das atividades houve a necessidade de ampliação dos temas abordados bem como do público, pois surgiram convites de diversos segmentos interessados não apenas em informações sobre automedicação e farmácia caseira, mas também sobre medicamentos utilizados na gestação, anticoncepcionais, drogas de abuso, entre outros. Atualmente as atividades são desenvolvidas em diversas locais como unidades básicas de saúde, universidade, pastoral da criança, grupo

de mães e em diversas comunidades. O projeto já atendeu aproximadamente 3100 pessoas. Nas dinâmicas os participantes reconhecem muitos dos problemas com medicamentos encontrados na "Farmácia Caseira" e participam ativamente apontando as falhas e relatando histórias vividas pelos familiares. Durante as palestras e as feiras pode-se constatar que há um grande interesse da população sobre os temas abordados, mas há uma grande carência de informações aliada a elementos culturais muito difundidos e que norteiam a aquisição e a utilização dos medicamentos. Pode-se citar como exemplo questionamentos sobre se realmente o medicamento vencido é prejudicial à saúde, o que fazer quando este vem com falha ou faltando medicamentos e até mesmo relatos sobre a confusão entre medicamentos com embalagens parecidas e medicamentos parecidos com balas. Destacam-se os resultados obtidos no stand montado na Farmácia Escola da UNIVILLE, a qual é resultado de um convênio firmado entre a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Além de contribuir para melhor informação dos pacientes a respeito do tema abordado, a realização dessa atividade tornou a permanência dos pacientes da farmácia mais amena. Vários pacientes elogiaram a iniciativa e a espera pelo atendimento, que pode demorar até mais de uma hora em dias de muito movimento, foi considerada mais agradável. Outra iniciativa que surtiu bons efeitos foi a palestra e a dinâmica elaboradas para agentes comunitárias de uma unidade básica de saúde. O intuito foi capacitar pessoas que pudessem atuar como disseminadoras do conhecimento. Pretende-se ampliar as atividades para outras unidades do município. A utilização dos jogos educativos tem se mostrado fundamental para a análise da fixação por parte dos participantes, de conteúdos abordados nas palestras e dinâmicas bem como para a avaliação dos temas abordados pelo projeto levando a alteração do material e da metodologia de trabalho quando há necessidade. Além disso, quando o público-alvo é constituído por adultos e crianças há possibilidade de proporcionar um momento de descontração aliando conhecimento e diversão através de uma competição entre famílias. Com o teatro pretende-se alertar as crianças menores a cerca dos perigos envolvidos na administração de produtos semelhantes a sucos, refrigerantes e doces buscando a conscientização sobre a necessidade de sempre pedir ajuda a um adulto antes de comer ou tomar qualquer coisa. O teatro ainda não foi oficialmente encenado, pois os cenários que serão utilizados estão sendo elaborados.

Conclusão

Com os resultados obtidos no desenvolvimento das atividades foi possível observar a carência de informações da população atendida pelo projeto e a necessidade da difusão permanente de conhecimento consistente sobre o uso racional de medicamentos. A disseminação do uso de drogas de abuso em nossa sociedade tem encontrado nos medicamentos uma fonte de acesso fácil, problema que precisa ser efetivamente encarado. Para os alunos de graduação dos cursos de farmácia e medicina a participação no projeto permite ampliação dos conhecimentos. As atividades realizadas proporcionam contato precoce dos estudantes com a população que eles atenderão depois de formados. Dessa forma, estes alunos quando se tornarem profissionais terão possibilidade de melhor atuação por conhecerem a realidade da sociedade da qual participam. O projeto ajuda na consolidação de saberes adquiridos em sala de aula e possibilita a formação de pessoas com uma visão crítica apurada, conduta profissional e ações, transformadoras da sociedade

Referências

BORTOLETTO, M. E.; BOCHNER, R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 859-869, out./dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998a. Lex: Diário Oficial da União, Brasília, 10 de nov 1998.

FERREIRA WA, SILVA MEST, PAULA ACCFF, Resende CAMB, Avaliação de Farmácia Caseira no Município de Divinópolis (MG) por Estudantes do Curso de Farmácia da Unifenas. Rev. Infarma, v.17, nº 7/9, 2005.

LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 793-802, abr. 2008.

LESSA, M. de A.; BOCHNER, R. Análise das internações hospitalares de crianças menores de um ano relacionadas a intoxicação e efeitos adversos de medicamentos no Brasil. Revista Bras. Epidemiol, v.11, n.4, p.660–674, 2008.

MARIN, N. et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. 20.ed. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MATOS, G. C.; ROZENFELD, S.; BORTOLETTO, M. E. Intoxicações medicamentosas em crianças menores de cinco anos. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 2, n. 2, p. 167-176, mai./ago. 2002.

RAYMUNDO, M.; NAPPO, S. A.; OLIVEIRA, L. G.; SANCHEZ, Z. M.; CARLINI, E. A. Triexifenidila: caracterização de seu consumo abusivo por um grupo de usuários na cidade de São Paulo. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 207-217, 2003.

SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento: Brasil, 1999. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Informação Científica e Tecnológica; 2000.

VILLA, T. C. S.; BRUNELLO, M. E. F.; ARCÊNCIO, R. A.; SASSAKI, C. M.; ASSIS, E. G.; GONZALEZ, R. I. C. Fatores preditivos aos resultados desfavoráveis no tratamento da tuberculose: revisão integrativa da literatura (2001-2005). Online Brazilian Journal of Nursing, Rio de Janeiro, special number, jan. 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/index>. Acesso em: 14 julho 08.

ZAMUNER, C. P.; Prefeitura do Município de Tietê Secretaria Municipal de Saúde Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Cuidado com os medicamentos. Jun. 2006. Disponível em: <http://www.tiete.sp.gov.br/default.asp?CID=62> Acesso em: 05-10-2007.

CARTA DE FORTALEZA

INCORPORANDO O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS ÀS PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE

A realização do I Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de medicamentos em Porto Alegre, em 2005 deu início a uma nova estratégia para a promoção do uso racional de medicamentos no Brasil. A importância desta estratégia foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Organização Panamericana de Saúde promovendo a realização do II Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos em Florianópolis em 2007, como um evento institucional com o tema "Incorporando o uso racional de medicamentos na agenda da saúde do Brasil". Seguindo esta lógica e, conforme recomendação da carta de Florianópolis, o III Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos foi realizado de 26 a 30 de outubro de 2009, em Fortaleza com o tema "Incorporando o uso racional de medicamentos às práticas profissionais em saúde".

Participaram do evento 2012 Congressistas, sendo 228 estudantes de Pós-Graduação, 774 estudantes de graduação e 1010 profissionais, sendo 10 inscrições de outros Países, 1095 inscrições do Ceará e 917 inscrições de outros estados.

Foram aceitos pela Comissão Científica do Congresso 387 trabalhos científicos, que envolveram 375 instituições de ensino e de gestão no país e 1151 autores.

A partir do tema "Incorporando o Uso Racional de Medicamentos às Práticas Profissionais em Saúde" a programação abordou a busca da integração de ações em prol do uso racional de medicamentos na América Latina, estratégias políticas e educativas sobre o uso racional de medicamentos no Brasil e suas repercussões na prática profissional em saúde, desafios ao acesso racional de medicamentos, estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos em pediatria, a ética como fundamento para o uso racional de medicamentos e os aspectos éticos no uso de medicamentos, a interface entre saúde e direito, instrumentalização do uso racional de medicamentos em ambiente hospitalar, contribuições para a segurança do paciente e o trabalho em rede e experiências inovadoras para o uso racional de medicamentos. Em oito cursos e quatro oficinas pré-congresso foram abordados temas sobre prescrição, gestão, segurança e ensino direcionados à promoção do uso racional de medicamentos.

As discussões objetivaram promover a troca de experiências entre profissionais, gestores, professores e estudantes que atuam nas várias regiões brasileiras e em outros países, de modo a gerar sistemas de cooperação mútua e unir esforços em torno de projetos comuns. Deste rico ambiente de reflexões e discussões, o conjunto dos participantes do 3º Congresso Brasileiro sobre Uso Racional de Medicamentos concordam em tornar públicas as seguintes recomendações, as

quais sejam consideradas pelas diferentes entidades e instituições, públicas ou privadas, e, em particular, pelas diferentes instâncias de governo e de gestão do Sistema Único de Saúde e instâncias de seu Controle Social:

1. Que a promoção do uso racional de medicamentos continue como parte integrante e estratégica das políticas públicas nacionais, enquanto política do Estado Brasileiro, observada a sua característica multiprofissional e inter-setorial;

2. Reconhecimento e apoio formal às ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, particularmente por intermédio do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/SCTIE, pela atual direção da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pela Organização Pan-Americana no Brasil, particularmente por intermédio de sua Unidade de Medicamentos e Tecnologias, as quais têm sido essenciais para a construção de uma Política de Saúde que atenda os interesses do conjunto da população brasileira, como a adoção e implementação das recomendações estratégicas promovidas durante a Oficina de trabalho do "URM na perspectiva multiprofissional" organizados pelo MS / ANVISA / OPAS em 2007, cooperações institucionais e técnicas para apoio à implantação das estratégias, e, sobretudo, ao plano de trabalho do Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos;

3. Existe, ainda, uma premente necessidade de promover acesso às tecnologias e medicamentos essenciais para a população das Américas, embasada no princípio da racionalidade, frente à inovação e proliferação das novas tecnologias considerando a atenção integral de qualidade ao paciente e a sustentabilidade financeira do SUS no Brasil;

4. Promover a ampliação do debate a respeito do Acesso a Medicamentos e seu Uso Racional junto às instâncias de controle social em saúde (conselhos e conferências) e a constituição de novos espaços de interlocução junto à sociedade para sua participação efetiva na construção da Assistência Farmacêutica no SUS;

5. Que este acesso, incorpore, nos seus diferentes níveis e condicionantes, a promoção do uso racional como prática permanente e multiprofissional no contexto da atenção à saúde, tanto no setor público quanto no setor privado.

6. A necessidade de melhorar a comunicação e a percepção pelos pacientes e pelos prescritores do conceito de medicamentos genéricos como uma das estratégias para garantir o acesso a medicamentos de qualidade mais acessível para a população.

7. A necessidade de aperfeiçoar a aquisição centralizada e a gestão de estoques de medicamentos, incluídos os insumos estratégicos da saúde e racionalizar a oferta e os processos de seleção.

8. Que a racionalização de recursos evidenciada pela dificuldade de resolver a equação, recursos finitos versus necessidades infinitas e custos crescentes, seja abordada na

perspectiva da política de medicamentos essenciais e da adoção e atualização de protocolos clínicos no sentido de racionalizar a prescrição e as práticas de atenção a saúde;

9. Revisar de forma periódica o processo de seleção e que o paradigma das condutas baseadas em evidências e fortes e estritos critérios (eficácia, segurança, conveniência, custo) sejam elementos-chave deste, orientando a tomada de decisão e contribuindo para mitigar o uso irracional de medicamentos, estimado a uns 50% dos medicamentos prescritos no mundo;

10. Que todo processo de seleção de medicamentos contenha, como elementos fundamentais, competência e isenção das pessoas que o elaboram;

11. As crianças do Brasil devem ter acesso a medicamentos efetivos em formulações apropriadas para a idade e cuja qualidade tenha sido estabelecida. Para tanto, recomenda-se o estabelecimento de uma lista de medicamentos essenciais e de um formulário terapêutico específicos, o desenvolvimento da competência dos farmacêuticos em pediatria e neonatologia, bem como que se estabeleçam medidas regulatórias que ditem padrões para a pesquisa clínica em crianças no Brasil e que se estimulem o desenvolvimento e a produção de medicamentos e formulações necessários e adequados para as crianças no país;

12. Que se agreguem, em nova revisão da RENAME, convenientes formas farmacêuticas, em concentrações adequadas, bem como medicamentos peculiares ao atendimento clínico de crianças e idosos;

13. Que, em efeito cascata, listas internacional, nacional, estaduais, municipais e institucionais se harmonizem entre si, aproveitando, interrelacionadamente, da expertise dos diferentes grupos elaboradores destas listas;

14. Estabelecer uma política planejada de integralização entre programas do MS, de forma que listas de seleção de medicamentos sejam considerados documentos norteadores de outras ações integrantes da política de medicamentos (elaboração de formulários terapêuticos, guias clínicos, produção de medicamentos, capacitação de profissionais etc.);

15. Que listas e suas extensões sejam amplamente distribuídas e divulgadas no País permitindo amplo acesso da informação a todos os profissionais e que gestores e profissionais possam assimilar e se apropriar do conceito de medicamento essencial em suas práticas e contribuam para a generalização e internalização do paradigma das condutas baseadas em evidências nas práticas em saúde;

16. Que se instrumentalizem os profissionais de saúde para a análise crítica da informação científica no que respeita a validade (evidências confiáveis) e isenção de conflitos de interesses;

17. Que a ética, no sentido de não-conflito de interesses, permeie o processo de tomada de decisão terapêutica, desde a formação profissional até a assistência ao paciente;

18. Que se estimulem valores individuais e coletivos para coibir uso não-fundamentado de medicamentos, medicalização (doenças inventadas) e medicamentalização (medicamento idealizado como medida milagrosa);

19. Enfrentar a judicialização crescente do direito a Saúde buscando responder a todas as demandas para cumprir com as diretrizes do SUS, resgatando a importância da adequação da oferta com a demanda, desde o processo de seleção até a dispensação dos medicamentos e tecnologias da saúde;

20. Considerando a influência da propaganda e publicidade que induzem a criação de necessidades em saúde e novos nichos de mercado para doenças "negociadas", há necessidade de alertar para as boas práticas de prescrição, ou "princípios da prescrição conservadora", expurgando da prática a lógica inovadora essencialmente mercantilista;

21. Que se limite a propaganda desenfreada aos consumidores, mudando a predominante óptica da mercantilização para a da informação adequada ao entendimento dos usuários;

22. Que hospitais, principalmente os públicos e os que recebem incentivos governamentais, retirem a propaganda da indústria farmacêutica aos estudantes e corpo clínico, bem como a doação de medicamentos, muitas vezes em quantidade insuficiente, para cursos de terapia dentro do hospital;

23. Que os hospitais disseminem a figura do médico hospitalista, com os seguintes benefícios: maior permanência do médico no hospital permite maior integração com todos os serviços e com outros profissionais, favorecendo o trabalho em equipe; desenvolvimento de habilidades mais amplas que favorecem o atendimento emergencial, diminuindo mortalidade e morbidade; favorecimento de menor permanência do paciente no hospital, com vantagens de menor morbidade (infecção hospitalar, trombose venosa profunda) e menor custo; informações ao paciente e seus familiares/cuidadores mais adequadas para que a morbidade pós-hospitalar seja menor;

24. Divulgação do URM como boa prática profissional na odontologia, considerando o cirurgião dentista como prescritor e profissional de saúde inserido no atendimento multidisciplinar;

25. A política do Uso Racional de Medicamentos deve priorizar ações na Atenção Primária à Saúde (APS), entendendo a APS como porta de entrada do sistema de saúde e a Estratégia de Saúde da Família como o eixo estruturante deste sistema, considerando neste contexto a estratégia renovada de Atenção Primaria de Saúde da OPAS/OMS, que coloca o paciente no centro do cenário da atenção em saúde e considerando o medicamento como um dos elementos protagonistas do acesso a saúde, em um contexto global onde 80% da população têm acesso apenas a aproximadamente 20% do mercado farmacêutico mundial;

26. Que os NASF contribuam na capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em aspectos relacionados ao URM; no estímulo às prescrições baseadas em protocolos, selecionados/estabelecidos por Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) da área de abrangência, com componentes das equipes de saúde da família;

27. Conhecer as necessidades em saúde no Brasil, planejar pesquisa nacional e coleta de informações sobre o perfil de doenças, contribuindo para instituir programa de incentivo a produção dos medicamentos essenciais, sobretudo de formas farmacêuticas adequadas para o uso racional e priorizar política de incentivo a produção de medicamentos essenciais, incluindo apresentações pediátricas;

28. Estabelecer uma agenda de discussão entre o Estado e a sociedade civil organizada sobre o conceito de Interesse Sanitário para as decisões sobre registro de medicamentos e sua incorporação às práticas profissionais.

29. Que o Brasil utilize, de fato, as salvaguardas existentes para garantir que o "direito de patente" não seja impedimento do acesso da população a medicamentos e tecnologias consideradas necessárias e estratégicas, com reforço do instrumento da Anuência Prévia à concessão de patentes para medicamentos e processos farmacêuticos;

30. Possibilitar o acesso a informações de registro das indicações clínicas dos medicamentos essenciais junto a ANVISA, evitando o uso não autorizado (off-label);

31. Desenvolver e divulgar para a sociedade estudos de farmacoeconomia;

32. A farmacovigilância, que cumpre importante papel de instrumento para a tomada de decisões relacionadas ao uso de medicamentos, nos diferentes níveis de atenção à saúde, deve ser incorporada como prática profissional e alicerçar programas e políticas de saúde que atendam a promoção do uso racional de medicamentos;

33. Os Centros de Informação sobre Medicamentos (CIM) recomendam a inserção formal dos Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos na Política Nacional de Saúde, necessidade já apontada em vários documentos legais que tratam do uso racional dessas tecnologias;

34. Instituição de Política Nacional de Assistência Toxicológica, que contemple a inserção dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica na Política Nacional de Saúde;

35. Considerando que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI – Portaria nº 254/2002/MS), em seu item 4.5, define que a promoção ao uso adequado e racional de medicamentos é uma de suas diretrizes fundamentais, devendo estar em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica; considerando que compete a gestão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), através de seu Sub-Sistema de Saúde Indígena, conforme disposto nos artigos 9º, 15 e 16 da Lei nº 8.080/1990,

a responsabilidade do MS/FUNASA a gestão da atenção à saúde para os povos indígenas, como também aos Estados e municípios que tenham em seu território estas comunidades, recomenda-se: a efetivação da descentralização da gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), conforme as orientações contidas no item 4.5 da PNASPI; que sejam retomadas as atividades do Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica da Saúde Indígena, homologado através da Portaria nº 1.057/2006/FUNASA, que apresenta como meta prioritária a elaboração de um elenco de medicamentos essenciais para as comunidades indígenas, tendo como instrumento norteador a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); a implementação de ações de capacitação para a promoção do uso racional de medicamentos para servidores e comunidades indígenas;

36. Que a valorização do uso racional no país seja compartilhada por entidades profissionais, mediante diferentes estratégias, tais como sindicatos, conselhos e associações profissionais de medicina, odontologia, farmácia, enfermagem, entre outros;

37. Que se mantenham como ações de estado (e, portanto, permanentes) aquelas que se destinam à divulgação e promoção de URM no Brasil;

38. Que se reforcem as ações conjuntas latinoamericanas em prol do URM, como por exemplo, a intensificação a participação do Brasil em redes (DURG-LA) e outras atividades latinoamericanas em prol do uso racional de medicamentos;

39. Que se crie boletim nacional de medicamentos, com regularidade e qualidade que permita sua inclusão na International Society of Drug Bulletins (ISDB);

40. Considerar o conceito de medicamentos como bem de saúde e não como bem de consumo no contexto do direito social a saúde e contemplar as ações de estímulo à prática saudável em substituição ao tratamento medicamentoso. O estímulo a atividades de prática de exercícios, alimentação saudável e convívio social podem ser efetivos no controle e prevenção de doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes;

41. Que se estimule a relação profissional da saúde/paciente permeada pelo respeito aos direitos do paciente e pelo compartilhamento de um objetivo comum que é a preservação de sua saúde;

42. Considerando as experiências brasileiras de inclusão do URM como objeto de ensino e de pesquisa e sua difusão para a sociedade, identifica-se a necessidade de consolidação e ampliação dos espaços e incentivos para tais atividades e os seguintes encaminhamentos:

a. Que a promoção do uso racional de medicamentos seja definida como tema transversal na educação na área da saúde na graduação e pós-graduação, especialmente os cursos que envolvem a prescrição medicamentosa, como a medicina e a odontologia, mas também farmácia e enfermagem;
b. Buscar mecanismos legais e éticos que impeçam a influência da propaganda de medicamentos nos cenários e estratégias de aprendizagem profissional;

c. Promover a construção e ampla divulgação de informações isentas de interesses comerciais para profissionais de saúde e para a sociedade;

d. Promover amplas estratégias de inserção do debate sobre o papel dos medicamentos na atenção à saúde e das estratégias comerciais que o envolvem no âmbito da sociedade brasileira;

e. Estabelecer indicadores para avaliação dos impactos das ações implementadas para a promoção do URM na prática dos serviços de saúde;

f. Sensibilizar e motivar educadores a trabalhar o Uso Racional de Medicamentos a partir de metodologias ativas e em conjunto com os profissionais que atuam em saúde na perspectiva da integração ensino-serviço com abordagem multiprofissional e interdisciplinar ao longo de toda a sua formação;

g. Fortalecer as experiências já existentes do Pró-saúde , PET, Programa de Estratégia Saúde da Família (NASF), PIBIC, Residências multiprofissionais, definindo de forma mais contundente a aplicação do URM como objeto de aprendizagem;

h. Avaliar os resultados e propor formas de continuidade dos cursos de capacitação para o URM e Saúde baseada em Evidência patrocinados pela Anvisa e Ministério da Saúde;

i. Empreender esforços específicos para que citações para o URM ocorram de forma a envolver toda a equipe de saúde;

j. Incentivar as pesquisas de saúde que abordem o tema URM com propostas interdisciplinares, envolvendo profissionais de saúde dos serviços, educadores (universidades) e estudantes da graduação e pós-graduação, aliadas a práticas cotidianas de ensino;

k. Que a capacitação profissional para promoção de URM utilize sites e cursos à distância, pertinentes e mais custo-efetivos num país com as dimensões do Brasil.

43. Ampliar a difusão do conhecimento acumulado na experiência do Brasil com a realização de três edições do Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos, possibilitando uma maior visibilidade às questões discutidas, compartilhando com os países da Região das Américas e colocando o evento numa perspectiva de abordagem regional, realizando alternativamente um evento Latinoamericano e Brasileiro, com apoio de instituições e organizações internacionais.

Fortaleza, Ceará, 30 de outubro de 2009, 120º ano da República; 32º ano da publicação da 1ª Lista de Medicamentos Essenciais; 31º ano da Conferência de Alma-Ata e 24º ano da Conferência de Nairobi sobre Uso Racional de Medicamentos. Carta aprovada por aclamação no Ato de Encerramento do 3º Congresso Brasileiro sobre Uso Racional de Medicamentos.

Esta obra foi impressa em papel duo design 250 g/m^2 com laminação Bopp (capa) e papel couchê fosco 90 g/m^2 (miolo), pela NOME DA GRÁFICA, em dezembro de 2011. A Editora do Ministério da Saúde foi responsável pela normalização e editoração deste material (OS 2011/0353)

ISBN 978-85-334-1857-8

Disque Saúde
136

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos
www.saude.gov.br/premio

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde
SUS
Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA