

ANÁLISE DO PERFIL DAS PRESCRIÇÕES DE ANTIMICROBIANOS NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO PARÁ

ANALYSIS OF THE ASPECT OF ANTIMICROBIALS PRESCRIPTIONS AT THE MEDICAL CLINIC OF A PUBLIC HOSPITAL OF PARÁ

ANÁLISIS DEL PERFIL DE LAS PRESCRIPCIONES DE ANTIMICROBIANOS EM CLINICA MÉDICA DE UN HOSPITAL PUBLICO DO PARÁ

Hospital Regional Dr. Abelardo Santos - Pará

RESUMO

Na prática assistencial hospitalar, os antimicrobianos estão entre os medicamentos mais prescritos e o seu uso irracional implica resistência bacteriana, elevação de custos e diminuição da qualidade de vida do paciente. Foi realizada pesquisa retrospectiva (janeiro a junho de 2010) nos prontuários de pacientes entre 19 e 64 anos internados na Clínica Médica do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos/Belém-Pa. A amostra obtida foi de 63 prontuários, observando-se 100% de terapia empírica em relação à terapia específica. As infecções respiratórias, do trato urinário e gastrintestinais figuraram como as mais freqüentes e a mediana de internação foi de 7 dias. As classes dos betalactâmicos e das quinolonas foram os mais prescritos, tendo como representantes das classes a ceftriaxona (52 prescrições) e o ciprofloxacino (21), respectivamente. O tempo de antibioticoterapia variou entre 1 e 17 dias. Constatou-se grande variedade de associações de antimicrobianos, inclusive entre fármacos de mesma classe farmacológica. Para 68,3% dos pacientes, o tratamento foi em politerapia (2 a 5 antimicrobianos). Os dados evidenciam a importância de se criar mecanismos de controle na prescrição e dispensação de antimicrobianos, através de medidas restritivas no uso de tais medicamentos e medidas educativas para a equipe de saúde. O uso racional de antimicrobianos depende de mudanças das práticas de prescrição médica e envolve distintos atores, dentre eles o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, o Serviço de Farmácia, o Laboratório de Microbiologia e a Direção do hospital que deve subsidiar as decisões tomadas visando à qualidade assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Antimicrobianos. Uso Racional de Medicamentos. Serviço de Farmácia Hospitalar.

ABSTRACT

In the hospital care practice, the antimicrobials are among the most prescribed drugs and their irrational use implies bacterial resistance, increased costs and decreased quality of life of patients. Retrospective study was conducted (2010/ January to June of 2010) in the medical records of patients between 19 and 64 years old, hospitalized at the Medical Clinic of the Hospital Regional Dr. Abelardo Santos in the city of Belém, State of Pará. The sample was 63 records, showed 100% empirical therapy in relation to specific therapy. Respiratory infections, urinary and gastrointestinal were the most frequent and the median of the hospital stay was 7 days. The classes of beta-lactams and quinolones were the most prescribed, and as representatives of classes of the ceftriaxone (52 prescriptions) and ciprofloxacin (21 prescriptions), respectively. The time of therapy with antibiotic ranged between 1 and 17 days. Was a big variety of associations of antibiotics, even within the same pharmacological class of drugs. For 68.3% of patients, treatment was with polytherapy (2 to 5 antimicrobials). The data show the importance of creating mechanisms to control the prescribing and dispensing of antimicrobials, restrictive actions for the use of such medicines and educational actions for the health team. The rational use of antimicrobials depends on changes in prescription practices and involves different players, including the Hospital Infection Control Service, the Hospital Pharmacy Service, the Laboratory of Microbiology and Direction of the Hospital which should support decisions made in order to obtain health assistance quality.

KEY WORDS: Antimicrobials. Rational Use of Medicines. Hospital Pharmacy Service.

Recebido em: 19/08/11

Aceito em: 04/11/11

RESUMEN

En la práctica hospitalaria, los antimicrobianos se encuentran entre los medicamentos más prescritos y su uso irracional implica en la resistencia bacteriana, mayores costos y menor calidad de vida de los pacientes. Se realizo um estudio retrospectivo (Enero a Julio 2010) em las historias clinicas de los pacientes entre 19 y

Autor para Correspondência:

Edina Raquel Meneses Silva

Hospital Regional Dr. Abelardo

Santos - Pará

E-mail: edinarmeneses@gmail.com

64 años ingresados em la clínica médica del Hospital Regional Dr. Aberlado Santos / Belém-PA. La muestra fue de 63 registros, mostraron 100% de la terapia empírica em relación a la terapia específica. Las infecciones respiratórias, infecciones del tracto urinario y gastrointestinal figuraba como las más frecuentes y la estancia hospitalaria fue de 7 días. Las clases de los beta-lactámicos y las quinolonas son los más prescritos y como representantes de las clases de ceftriaxona (52 prescripción) y ciprofloxacina (21), respectivamente. La duración del tratamiento antibiótico osciló entre 1 y 17 días. Hemos encontrado una gran variedad de asociaciones de antibióticos, incluso dentro de la misma clase farmacológica de los medicamentos. En 68,3% de los pacientes, el tratamiento fue en politerapia (2 a 5 antimicrobianos). Los datos muestran la importancia de crear mecanismos para controlar la prescripción y dispensación de antibióticos através de medidas restrictivas em el uso de tales medicamentos y medidas educativas para el equipo de atención médica. El uso racional de los antimicrobianos depende de los cambios em las prácticas de prescripciones y consiste em vários factores, incluyendo la Oficina de Controle de Infecciones Hospitalar, Servicio de Farmacia, el Laboratorio de Microbiología y Director del Hospital, que debe informa a las decisiones tomadas com el fin de la calidad cuidado.

PALABRAS CLAVE: Los Antimicrobianos. Uso Racional de Medicamentos. Servicio de Farmacia.

INTRODUÇÃO

Para os antimicrobianos, o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) de uso racional como medicamento apropriado, em doses adequadas, pelo período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade⁽¹⁾, reveste-se de grande importância, pois o uso excessivo e irracional destes fármacos no ambiente hospitalar contribui para o desenvolvimento de resistência microbiana, afetando tanto o indivíduo como o ambiente no qual está inserido, eleva os custos nos serviços de saúde e os riscos de reações adversas a medicamentos⁽²⁻³⁾. A tarefa de escolha, portanto, destas drogas torna-se cada vez mais complexa.

O Consenso sobre o Uso Racional de Antimicrobianos⁽⁴⁾ preconiza que o princípio básico da terapia anti-infecciosa é a determinação do agente causal e da susceptibilidade aos antimicrobianos. Além dos fatores relativos aos agentes infectantes, a escolha do antimicrobiano deve estar fundamentada no conhecimento de outros fatores como as peculiaridades do hospedeiro e os aspectos farmacológicos básicos (farmacocinética e farmacodinâmica) do antimicrobiano a ser utilizado^(4,5,6).

Uma das conseqüências mais importantes do uso indiscriminado de antimicrobianos é a resistência bacteriana, sobretudo nos hospitais, onde a terapia antimicrobiana é rotineira, pois as cepas multirresistentes são selecionadas e propagadas com facilidade nestes locais⁽⁵⁾. Considerando que para cada novo antibiótico descoberto, são encontradas bactérias que lhe são resistentes, limitando a sua utilidade terapêutica⁽⁵⁾, bem como devido à dificuldade no desenvolvimento de novas alternativas terapêuticas, reforça-se a necessidade de racionalizar o uso⁽⁶⁾.

No campo econômico, a resistência bacteriana afeta de forma diferente os diversos atores envolvidos na utilização do antimicrobiano. Para o prescritor o custo é a ineficácia da terapia convencional e possibilidade da perda de pacientes. O paciente tem o custo da doença não solucionada e de eventual morte. O Sistema Público de Saúde, por sua vez, gasta excessivamente, desequilibrando os raros recursos⁽⁷⁾.

Segundo Fuchs⁽⁶⁾, a redução do emprego de antimicrobianos está diretamente relacionada à diminuição das taxas de resistência. Contudo, existem várias situações nas quais os hospitais recebem pacientes que já usaram de forma irracional antibióticos na comunidade, criando bactérias resistentes, tornando as opções de tratamento mais escassas⁽⁸⁾.

A utilização indiscriminada de antimicrobianos é mais séria nos países em desenvolvimento, cujas medidas de controle são inconsistentes. No Brasil, a baixa adesão dos hospitais aos programas de controle de infecção hospitalar comprova a necessidade de novos rumos em relação à utilização desses fármacos⁽⁸⁾.

Condutas que apontam para o uso irracional de antimicrobianos como: associações não embasadas na literatura, trocas freqüentes de antimicrobianos durante o tratamento do paciente, dose, posologia e tempo de tratamento inadequado e utilização de antimicrobianos de alto custo sem a devida justificativa, são fatores que podem levar à seleção de estirpes de bactérias resistentes, elevar os custos dos serviços em saúde, propiciar a ocorrência de reações adversas prejudiciais e prolongar o tempo de permanência do paciente afetando sua qualidade de vida.

Por conseguinte, estudos de utilização destes medicamentos são ferramentas de grande relevância para o diagnóstico das condições em que estão sendo utilizados, visando à instituição de políticas de saúde que restrinjam seu uso como forma de prevenir a falência dos esquemas terapêuticos atuais⁽²⁾. Da mesma forma, estudos de análise dos hábitos de prescrição proporcionam

o conhecimento de aspectos da qualidade da terapia, permitindo identificar problemas, implantar medidas corretivas e educativas e avaliar o impacto da adoção dessas medidas⁽⁹⁾.

Este estudo se propôs a analisar o perfil das prescrições de antimicrobianos utilizados na Clínica Médica do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS), elencando os antimicrobianos prescritos, analisando variáveis que assinalem o uso racional e identificando a existência ou inexistência de mecanismos para controle de utilização de antimicrobianos.

Esperava-se ao final da pesquisa que o perfil das prescrições de antimicrobianos fosse predominantemente das classes de Beta-lactâmicos e Aminoglicosídeos, obtendo-se dados de utilização irracional destes fármacos, bem como o não monitoramento na utilização.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e abordagem quantitativa, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Integrado de Educação Ciência e Tecnologia – CENECT/PR sob o número 194/2010 de 09 de dezembro de 2010, realizada na Clínica Médica do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos (HRAS) em Belém do Pará com o consentimento da Diretoria Acadêmica de Ensino e Pesquisa (DAEPE) daquela instituição.

O HRAS é vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) e está registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como um hospital especializado de pequeno porte com 58 leitos, dos quais 22 são de Clínica Médica⁽¹⁰⁾. Os usuários do HRAS/SESPA também contam com serviços de média complexidade nas demais unidades assistenciais: Ambulatório de Especialidades, Urgência e Emergência, Clínica Pediátrica, Obstetrícia e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCINEO).

Foram analisados todos os prontuários dos pacientes adultos na faixa etária de 19 a 64 anos de ambos os sexos internados na Clínica Médica no período de Janeiro a Junho de 2010, e coletados os dados em formulário padrão apenas dos prontuários com prescrição de antimicrobianos via oral e/ou parenteral, cujos pacientes permaneceram no mínimo cinco dias de internação. Foram excluídos da coleta, prontuários que não continham prescrição de antimicrobiano, bem como as prescrições de antimicrobianos de uso tópico e após a alta médica para continuidade do tratamento a nível domiciliar. Foi estimado um alcance de 200 prontuários, contudo, considerando os critérios de exclusão, a população de estudo constituiu-se de 63 prontuários, pois muitos pacientes estavam na faixa etária de mais 64 anos de idade e alguns permaneciam menos de cinco dias no hospital.

Na coleta, foram consideradas as seguintes variáveis quanto ao paciente: idade, sexo e tempo de permanência no hospital. Para a avaliação do uso racional de antimicrobianos, foram analisados os indicadores propostos pelo Consenso Sobre o Uso Racional de Antimicrobianos⁽⁴⁾ e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saber: determinação do agente causal e da susceptibilidade aos antimicrobianos, percentual de terapia empírica em relação à terapia específica, tempo de antibioticoterapia, freqüência de associação entre antimicrobianos e número de princípios ativos prescritos por paciente, número de antimicrobianos prescritos pelo nome genérico e freqüência de antimicrobianos prescritos que estão incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)⁽¹¹⁾. Os antimicrobianos obtidos nos resultados da pesquisa foram classificados de acordo com a metodologia ATC – The Anatomical Therapeutic Chemical Classification⁽¹²⁾. Os dados coletados foram lançados no programa Microsoft Excel e a análise estatística descritiva foi realizada através do software BioEstat 5.0.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra obtida foi de 63 prontuários. Para as variáveis relacionadas ao paciente, observou-se discreta predominância do sexo masculino (32 / 50,8%) em relação ao sexo feminino (31 / 49,2%). Na faixa de idade estabelecida para a coleta (19 a 64 anos) a média foi de 43,7 anos (DP $\pm 12,4$). Quanto ao tempo de permanência, houve uma variação entre o mínimo estabelecido de 5 dias e 24 dias com mediana de internação de 7 dias. Nesse aspecto, um dos fatores a considerar é que o tempo de internação apresenta uma relação direta com a patologia de base⁽³⁾.

A tabela 01 apresenta a frequência das patologias encontradas. Para Rosa et al.,⁽⁸⁾ entre as topografias mais encontradas nas infecções estão a pulmonar e do trato urinário.

Tabela 1 - Diagnóstico infeccioso e/ou de base informado no prontuário dos pacientes internados na Clínica Médica do HRAS no período de janeiro a junho de 2010

Diagnóstico	Frequência	%
Infecções respiratórias	23	36,51
Infecções do trato urinário	11	17,46
Infecções do trato gastrointestinal	11	17,46
Estafilococcias	4	6,35
Erisipela	1	1,59
Pé diabético	1	1,59
Celulite	1	1,59
Outros	11	17,46
Total	63	100,00

Estudo conduzido por Mendonça et al.,⁽²⁾ apontou predomínio de infecção respiratória e as infecções do trato urinário (ITU) em terceiro lugar. Resultado semelhante a este estudo foi encontrado por Diefenthaler⁽³⁾, sobre a avaliação da prescrição de antimicrobianos de uso restrito em um hospital universitário de Passo Fundo/RS, o qual também apontou maior prevalência das infecções do trato respiratório (59,4%), seguido das ITU (10,8%) e das infecções do trato gastrintestinal (1%).

Quanto à determinação do agente causal e da susceptibilidade ao antimicrobiano, observou-se que em 100% das amostras não ocorreu isolamento e identificação do microrganismo, conseqüentemente, para todos os casos observados, o tratamento foi realizado de maneira empírica. Isto se deve ao fato do hospital não dispor de bancada de microbiologia no laboratório e/ou não dispor deste serviço terceirizado.

O Laboratório de Microbiologia deve estar bem estruturado para colaborar no processo de racionalização. As culturas para identificação do agente etiológico e os testes de susceptibilidade a antimicrobianos (TSA) são de grande valor, contudo, na ausência destes, a coloração pelo Gram de fluidos e secreções (bacterioscopia) pode sugerir o microrganismo infectante, pois evidencia predomínio de cocos ou bacilos, Gram positivos ou negativos⁽⁶⁾, orientando dessa forma o uso empírico do antimicrobiano.

Quando a escolha do antimicrobiano se orienta por testes de eficácia microbiológica para microrganismos isolados do paciente, trata-se de terapia específica⁽⁶⁾. Por outro lado, há casos em que o início do tratamento deve ser feito antes do diagnóstico laboratorial, caracterizando a terapia empírica⁽⁵⁾. O tratamento empírico é justificável em casos de gravidade da infecção, impossibilidade de se obter isolado clínico confiável e ineficiência de testes de eficácia microbiológica para algumas bactérias⁽⁶⁾.

A terapia empírica não deve prescindir da coleta de amostras para cultura antes do início da antibioticoterapia. A coleta deve ser feita em todos os casos para posteriormente, confirmar ou redirecionar o tratamento antimicrobiano⁽⁴⁾.

Em estudo desenvolvido por Mendonça et al.,⁽²⁾ em três hospitais da rede sentinela de médio e grande porte, constatou-se que na amostra de 67 prontuários com infecção respiratória, a indicação do uso empírico de antimicrobiano ocorreu em 93% das prescrições, ao passo que a terapia específica ocorreu em

apenas 7%. Para este estudo, o autor não considerou a prescrição empírica como inadequada, devido ao quadro de alto risco dos pacientes e ao perfil de multirresistência dos microrganismos, entretanto ressaltou a importância da coleta prévia de amostras para o conhecimento epidemiológico local.

Para as infecções respiratórias, o tratamento empírico é justificável pela dificuldade em se identificar o agente etiológico⁽³⁾, contudo, a terapia empírica deve ser direcionada com base em anamnese detalhada, utilização de exames bacterioscópicos, conhecimento prévio da flora prevalente num dado sítio de infecção e reconhecimento de padrões epidemiológicos de resistência bacteriana no ambiente em que se está tratando o paciente^(4,6).

Os antimicrobianos mais prescritos foram do grupo dos betalactâmicos (as cefalosporinas) seguidas das quinolonas, conforme se observa no gráfico 1. Este resultado está em consonância com diversos estudos que apontam uma alta prevalência nas prescrições de antimicrobianos de largo espectro como as cefalosporinas e quinolonas^(7,3,9,2). Em estudo comparativo em três hospitais da região noroeste paulista quanto ao controle de antimicrobianos e aos serviços da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, os betalactâmicos (penicilinas e cefalosporinas) foram as drogas mais prescritas e segundo o autor são classes que aumentam a resistência bacteriana⁽¹³⁾.

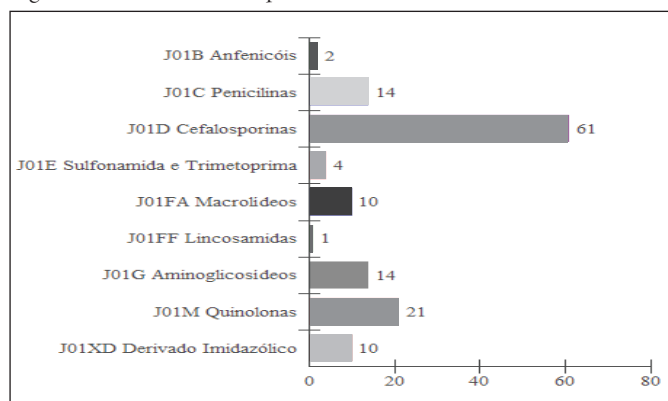


Gráfico 1 - Frequência dos antimicrobianos por classe ATC prescritos aos pacientes da Clínica Médica do HRAS no período de janeiro a junho de 2010

Dentre as cefalosporinas, a Ceftriaxona (52 prescrições) foi o antimicrobiano mais utilizado no período do estudo, conforme mostra a tabela 2, a qual evidencia ainda, a variação no tempo de antibioticoterapia. Dados semelhantes foram obtidos por Mendonça et al.⁽²⁾, cujo tempo de tratamento com Ceftriaxona variou entre 1 e 18 dias. A variação no tempo pode ser explicada por fatores como: troca de esquema, suspensão de acordo com a evolução clínica, vários prescritores acompanhando o paciente, transferência ou alta antes de completar o tempo mínimo de esquema terapêutico, entre outros. Os registros nos prontuários não traziam informações quanto aos motivos para a prescrição dos antimicrobianos, tampouco justificavam as mudanças de esquemas terapêuticos.

Outro fato comum no âmbito hospitalar é a repetição automática das prescrições fazendo com que a duração de um curso de antibióticos se prolongue além do racional^(7,3).

Tabela 2 - Antimicrobianos prescritos e o tempo de antibioticoterapia instituída aos pacientes internados na Clínica Médica do HRAS no período de janeiro a junho de 2010

Antimicrobiano	Frequência	Dias de Tratamento
Ceftriaxona	52	1 a 17
Cefalotina	7	1 a 7
Cefalexina	2	4 a 9
Ampicilina	3	1 a 8
Benzilpenicilina Benzatina	2	1
Benzilpenicilina Potássica	2	5
Oxacilina	7	1 a 9

Ciprofloxacino	21	1 a 7
Azitromicina	4	4 a 5
Claritromicina	6	4 a 9
Amicacina	8	1 a 11
Gentamicina	6	1 a 6
Clindamicina	1	2
Sulfametoxazol + Trimetoprima	4	1 a 5
Metronidazol	10	1 a 11
Cloranfenicol	2	1 a 5

No outro extremo, a prescrição em subdose e tempo insuficiente podem levar ao insucesso terapêutico e corroborar para a seleção de cepas resistentes⁽¹⁴⁾. Segundo Fuchs⁽⁶⁾, a observação de recorrência de infecção com tratamentos curtos no início da era da antibioticoterapia, aponta para a necessidade de tempo de tratamento usualmente ao redor de 10 dias, resguardando-se as situações em que se permite tratamento com dose única e infecções urinárias agudas não complicadas que podem ser tratadas por 3 dias. Para as infecções mais graves alguns autores recomendam entre 10 a 20 dias^(6,15,16), mas é válido ressaltar que a decisão deve ser individualizada levando-se em consideração que tempo prolongado também induz resistência⁽¹⁶⁾.

O estudo analisou ainda, a frequência de associações entre antimicrobianos, conforme demonstrado na Tabela 3, constatando-se grande variedade de associações inclusive entre antimicrobianos da mesma classe farmacológica.

Tabela 3 - Frequência das associações de antimicrobianos prescritos aos pacientes internados na Clínica Médica do HRAS no período de janeiro a junho de 2010

Associações de Antimicrobianos	Frequência
Ceftriaxona+Ciprofloxacino	9
Ceftriaxona+Claritromicina	5
Ceftriaxona+Azitromicina	2
Ceftriaxona+Metronidazol	4
Ceftriaxona+Amicacina	4
Ceftriaxona+Oxacilina	1
Ceftriaxona+Clindamicina	1
Ceftriaxona+Cefalotina	1
Ceftriaxona+Cefalotina+Azitromicina	1
Ceftriaxona+Cefalexina+Claritromicina	1
Ceftriaxona+Metronidazol+Oxacilina	2
Ceftriaxona+Metronidazol+Azitromicina	1
Ceftriaxona+Metronidazol+Cloranfenicol	1
Cefalotina+Amicacina	3
Cefalotina+Ciprofloxacino	1
Cefalexina+Penicilina G Benzatina	1
Ampicilina+Amicacina	1
Ampicilina+Ciprofloxacino+Oxacilina	1
Benzilpenicilina Benzatina+Benzilpenicilina Potássica+Ciprofloxacino	1
Oxacilina+Gentamicina	1
Ciprofloxacino+Azitromicina	1
Ciprofloxacino+Sulfametoxazol/Trimetoprima	2
Ciprofloxacino+Metronidazol	1
Ciprofloxacino+Gentamicina	1
Gentamicina+Cloranfenicol+Metronidazol	1

Dentre as desvantagens da associação irracional de antimicrobianos

estão a possibilidade de resistência e superinfecção pela erradicação da flora normal, e o aumento do risco de toxicidade e dos custos do tratamento^(6,14,16), além da possibilidade de antagonismo quando combinados dois antimicrobianos que irão competir pelo mesmo sítio de ação⁽¹⁶⁾, ou quando seus mecanismos de ação se antagonizam o que pode ocorrer com a associação mais freqüente no estudo (ceftriaxona + ciprofloxacino).

Na associação de betalactâmicos com aminoglicosídeos pode ocorrer antagonismo químico⁽⁶⁾, não sendo esta combinação recomendada pela Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá devido às evidências de alto risco de efeitos secundários sem maior efetividade clínica⁽¹⁶⁾. A combinação de betalactâmicos também não é recomendada devido à possibilidade de ocorrência de antagonismo pela clivagem do anel betalactâmico⁽⁶⁾.

A associação de antimicrobianos deve ser utilizada nas infecções graves, na prevenção à resistência de microrganismos por seleção e/ou indução de *Pseudomonas aeruginosa*; por sinergismo; germes multiresistentes^(4,15,16). De acordo com Fuchs⁽⁶⁾, o uso de mais de um antimicrobiano em indicação empírica, justifica-se para infecção grave por germe desconhecido e para infecções polimicrobianas, as quais, segundo o autor, não tem frequência acentuada e muitas são controladas com tratamento eficaz de um ou alguns dos agentes causais.

A pesquisa apontou que 31,7% dos pacientes foram submetidos a tratamentos em monoterapia em relação a 68,3% que tiveram a terapia em associação de antimicrobianos, conforme demonstra a tabela 4. No estudo conduzido por Mendonça et al.⁽²⁾, o resultado encontrado também revelou que a politerapia foi expressiva (61%) em relação à monoterapia (39%).

Tabela 4 - Distribuição por número de Princípios Ativos (PA) prescritos aos pacientes da Clínica Médica do HRAS no período de janeiro a junho de 2010

PA	Frequência	%
1	20	31.7
2	24	38.1
3	14	22.2
4	3	4.8
5	2	3.2
Total	63	100.0

A pesquisa de Rodrigues e Bertoldi⁽⁷⁾ para análise do perfil da utilização de antimicrobianos em um hospital privado do Rio Grande do Sul, apontou que para o total de pacientes internados no período em estudo, 84% usaram até dois antimicrobianos; 11,8% usaram de três a quatro e 4,3% usaram cinco ou mais antimicrobianos durante o período de internação.

No que se refere à variável de prescrição pelo nome genérico, constatou-se que em 93,2% as prescrições foram prescritas pela denominação genérica e apenas em 6,8% das prescrições foram usados nomes dos medicamentos de referência. Resultado similar foi observado na avaliação dos indicadores de uso racional de medicamentos em prescrições de antimicrobianos em um hospital universitário em Campo Grande, cujos medicamentos foram quase totalmente prescritos pela denominação genérica⁽⁹⁾. O resultado está de acordo com a legislação a qual preconiza que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos devem obrigatoriamente adotar a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a Denominação Comum Internacional (DCI)⁽¹⁷⁾.

Outro dado positivo da pesquisa refere-se à frequência dos antimicrobianos prescritos incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a RENAME edição 2010. No período do estudo, 100% dos antimicrobianos utilizados (16 diferentes especialidades) faziam parte da RENAME, instrumento racionalizador das ações no âmbito da Assistência Farmacêutica para a seleção de medicamentos no SUS e que expressa um compromisso com a disponibilização de medicamentos selecionados nos preceitos técnico-científicos e de acordo com as prioridades de saúde dos usuários⁽¹¹⁾.

Atualmente, a padronização de antimicrobianos do HRAS foi modificada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) com exclusão/inclusão de acordo com critérios bem definidos, dentre os quais, a RENAME e os consensos mundiais para o uso racional de antimicrobianos.

CONCLUSÃO

Os beta-lactâmicos são os antimicrobianos mais prescritos na Clínica Médica do HRAS, evidenciando alto consumo de antimicrobianos em terapia empírica, e emprego de associações divergentes das usuais podendo tais fatores relacionarem-se com a ausência de uma política de controle dos medicamentos prescritos no hospital e à falta de protocolos de uso de antimicrobianos à época do estudo.

Os dados assinalam a necessidade urgente de ações de caráter multidisciplinar para o uso racional e controle dos antimicrobianos, perpassando pela educação continuada, prescrição, dispensação até a administração ao usuário, envolvendo diversos atores tais como: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), Laboratório de Microbiologia, Corpo de Enfermagem, Direção.

Outro pilar importante é o Serviço de Farmácia, o qual deve desenvolver estratégias como: envolvimento na equipe multiprofissional assistindo o prescritor na apropriada seleção do antimicrobiano, doses e vias de administração, monitorização desses fármacos pela validação das prescrições, analisando-as e intervindo nas situações que indiquem problemas relacionados ao medicamento (PRM), realização do seguimento farmacoterapêutico e acompanhamento do paciente à beira do leito, dentre outras.

Igualmente, os prescritores exercem papel fundamental na racionalização de medicamentos, visto que segundo dados da OMS 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente e 75% das prescrições com antibióticos são errôneas⁽¹⁸⁾. O corpo clínico é parte fundamental para a obtenção e consolidação do uso racional de antimicrobianos, estando cientes de que a estratégia de racionalização tem por objetivo auxiliá-los nas suas decisões e melhorar a qualidade assistencial e nunca representar um cerceamento da conduta médica procurando apenas diminuir custos⁽⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Rational use of drugs: Report of conference of experts. Nairobi, 1985.
2. MENDONÇA, A. E.; PEREIRA, P. C.; BARRETO, B. B.; BARTOLINI, F. L. S.; CORNÉLIO, R. C. A. C.; AMARAL, M. P. H. Estudo das tendências de prescrição de antimicrobianos para paciente idosos hospitalizados sob a perspectiva do uso racional de medicamentos. *HU Revista, Juiz de Fora*, v.35, n.2, p.81-87, 2009.
3. DIEFENTHAELER, H. Avaliação da prescrição de antimicrobianos de uso restrito em um hospital universitário de Passo Fundo. 2007. 89p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consenso sobre o Uso Racional de Antimicrobianos, 36p, 2001.
5. ROCHA, I. Normas para a seleção de antibióticos para uso clínico. In: SILVA, P. *Farmacologia*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap 99, p. 992-1000.
6. FUCHS, F. D. Princípios gerais do uso de antimicrobianos. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. *Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap. 27, p. 342-358.
7. RODRIGUES, F. D.; BERTOLDI, A. D. Perfil da utilização de antimicrobianos em um hospital privado. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 15(supl.1), 2010. p.1239-1247
8. ROSA, M. B.; REIS, A. M. M.; LIMA, C. R. A farmácia e o controle das infecções hospitalares. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. *Ciências Farmacêuticas – Uma abordagem em farmácia hospitalar*. Editora Atheneu, 2006. Cap. 23, p. 408-422.
9. MONREAL, M. T. D.; GOMES, L. O.; CARDOSO, T. F. M.; NUNES, C. A.; SILVA, I. L. S.; DOMINGUES, E. A. Avaliação dos indicadores de uso racional de medicamentos em prescrições de antimicrobianos em um hospital universitário do Brasil. *Latin American Journal of Pharmacy*. 28 (3): 421-6, 2009.
10. BRASIL. Ministério da Saúde DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: CNES. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>> acesso em 12/09/10.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME – 7ª edição*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 250 p.: il. – (Serie B. Textos Básicos de Saúde).
12. WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2010. Oslo, 2009. p. 164-172.
13. GUIMARÃES, P. M.; FURINI, A. A. C.; SANTOS, P. G. L. C.; OLIVEIRA, R. F. M.; ATIQUÊ, T. S. C. Serviços das Centrais de Quimioterapia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Controle de Antimicrobianos e Sistema de Distribuição de Medicamentos: Análise comparativa em três hospitais da região noroeste paulista. *Revista SBRAFH Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*. Ano V, nº 22, 2009.
14. GOODMAN & GILMAN'S. *General Principles of Antimicrobial Therapy*. In: BRUNTON B. L.; PARKER K.L.; BLUMENTHAL D. K.; BUXTON L. O. *Manual of Pharmacology and Therapeutics*. 3 ed. United States of America: McGraw-Hill Medical, 2008. Cap. 42, p. 707-726.
15. KATZUNG, B. G.; MASTERS, S. B.; TREVOR, A. J. *Clinical Use of Antimicrobial Agents*. In: KATZUNG, B. G.; MASTERS, S. B.; TREVOR, A. J. *Basic & Clinical Pharmacology*. 11 ed. McGraw-Hill Medical, 2009. Cap. 51, p. 1168-1177.
16. COLOMBIA. Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá. Direção de Saúde Pública. Área de Vigilância em Saúde Pública: *Uso prudente de antibióticos em instituições prestadoras de servicios de salud*. 2008. Disponível em: <<http://www.saludcapital.gov.co>> acesso em 02/11/11.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a vigilância sanitária estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília*, 11 de fevereiro de 1999.
18. WHO. Brundtland, Gro Harlem. *Global partnerships for health*. WHO Drug Information 1999; 13 (2): p. 61-64.