



**Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Governo do Estado de Mato Grosso do Sul
Secretaria de Estado de Saúde
AARH - Hospital São Julião**



**RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS**

URIEL OLIVEIRA MASSULA CARVALHO DE MELLO

**UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTES
ATENDIDOS EM SETOR DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS**

Campo Grande

2015

URIEL OLIVEIRA MASSULA CARVALHO DE MELLO

**UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTES ATENDIDOS
EM SETOR DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Trabalho de conclusão de residência apresentado a banca avaliadora para conclusão da especialização em programa de residência multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião.

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Ferreira Duenhas Monreal.

Campo Grande

2015

URIEL OLIVEIRA MASSULA CARVALHO DE MELLO

**UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTES ATENDIDOS EM SETOR
DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Trabalho de residência apresentado a banca avaliadora para conclusão da especialização e obtenção do título de especialista em residência multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados.

COMISSÃO JULGADORA

Monica Cristina Toffoli Kadri

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Vanessa Marcon de Oliveira

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Campo Grande, 2015

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que me ilumina com a graça da vida e a todas as outras maravilhas que me proporciona.

A minha família, meus pais, Walter e Junair, e meus irmão, Micael e Raissa, por todo seu amor, carinho, compreensão, apoio, orientação e paciência.

Ao meu amigo e irmão em Campo Grande Hino com quem moro há três anos, bem como a nossos amigos Kaue Malange e João Vitor Diniz Martins que moraram conosco e por intempéries do destino tivemos nossos caminhos separados, agradece-los pela paciência para comigo, bem como seu respeito, companheirismo e apoio durante estes anos.

Aos meus amigos, Kaue Cezar, Felipe, Guilherme, Thiago, Antonio Marcos, Mariana Fragoso, Vanessa Natachi, Patrícia Vieira, Rafael Garcia, Rafael Maranhão, Talles e todos os demais; pela amizade, apoio e momentos de descontração.

A Professora e Orientadora Maria Tereza por sua orientação, contribuição e confiança, bem como por acreditar em mim e continuar me apoiando desde a graduação até este momento de conclusão de minha primeira pós-graduação.

Aos Profs. e preceptores Camila Guimarães, Amanda Ganassin, Maria de Fátima Rubira, Socorro Pompilio, bem como as farmacêuticas Vanessa Marcon e Érica Freire, por toda a contribuição nestes dois anos de residência, foram pessoas que com certeza auxiliaram no meu amadurecimento pessoal e profissional neste período.

Ao Meu Grupo Pioneiros, Luciana Zanela, Karina Utida, Oduvaldo, Ana Paula Fabrini e Any Caroline pela paciência para comigo durante os dois anos de residência, bem como pela sua amizade a qual carregarei para sempre em minha vida, pelo apoio carinho e momentos de descontração.

Aos meus colegas R1, Patrícia Arakaki, Gabrielle Ferreira, Priscila Carolina, Matheus Garcia, Emilia Araújo, Jane Márcia, Amanda Moraes pela amizade, carinho, apoio, conversas e momentos de descontração.

À secretaria do setor de Cuidados Continuados Integrados, Simony Motta, bem como ao pessoal do arquivo do Hospital São Julião, pois foram essenciais para o desenvolvimento do trabalho.

Agradeço também a todos os atores envolvidos para que a Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados do Hospital São Julião pudesse existir, trazendo assim uma contribuição para a sociedade de Campo Grande, bem como para os indivíduos que ingressam no programa de residência a fim de se especializar.

RESUMO

Introdução: O Uso Racional de Medicamentos é uma prática indispensável para garantir qualidade, segurança e eficácia à farmacoterapia do paciente. A Organização Mundial de Saúde, para avaliar com segurança aspectos que afetam a prática farmacêutica, desenvolveu indicadores do uso racional de medicamentos. Estes indicadores podem ser utilizados para verificar a qualidade de uma prescrição. Interação medicamentosa é um evento clínico onde os efeitos de um fármaco são significativamente alterados pela presença de outra substância seja ela: fármaco, fitoterápico, bebida, alimento ou qualquer outro agente químico presente no ambiente. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo avaliar o uso de medicamentos por pacientes atendidos em setor de Cuidados Continuados Integrados de um hospital filantrópico do município de Campo Grande – MS através de indicadores de prescrição e avaliação de potenciais interações medicamentosas. **Resultados:** Foram analisadas no estudo 94 prescrições, destas 53,2% (50/94) eram de pacientes do sexo masculino. O número médio de medicamentos por prescrição foi de 9,3; o número de medidas não farmacológicas por prescrição de 6,9; o número de medicamentos prescritos por demanda “se necessário” por prescrição de 2,2. Do total de fármacos prescritos 86,48% foram prescritos pela designação genérica, destes princípios ativos 76,14% estavam elencados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, 69,66% na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e 67,95% na 19ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial de Saúde. 67,02% das prescrições continham pelo menos um medicamento injetável prescrito e 22,34% pelo menos um antibiótico prescrito. O nome do prescritor e do paciente esteve presente em 100% das prescrições analisadas, bem como a forma farmacêutica em todos os medicamentos prescritos, porém a posologia completa não obteve tal percentual estando presente em 97,05% das prescrições. Foram encontradas 3 interações contraindicadas, 68 graves, 93 moderadas e 13 leves, a média de interação medicamentosa potencial por prescrição foi de 3,4. Os idosos e as mulheres apresentaram um maior número de interações medicamentosas, porém quando realizado teste de qui-quadrado não se obteve diferença significativa. Em média, pacientes que não apresentaram interação medicamentosa utilizavam 6,6 medicamentos, enquanto os que apresentaram interação utilizavam 10 medicamentos, identificado através de teste ANOVA. **Conclusão:** Os resultados observados demonstram que alguns dos indicadores atendem ao preconizado pela Organização Mundial da Saúde e que outros não. A grande maioria das interações medicamentosas demonstrou ser de relevância clínica demonstrando a importância do farmacêutico clínico junto à equipe multidisciplinar.

ABSTRACT

Introduction: The Rational Drug Use is a needful method to ensure quality, security and efficacy for the patient pharmacotherapy. The World Health Organization, developed Indicators of Rational Drug Use, to evaluate with security, aspects that affect the pharmaceutical practice. These indicators can be used to verify the quality of a prescription. Drug interactions, is a clinical event at where effects of one drug, are significantly changed for the presence of other substance, which can be: drug, herbal medicine, drink, food or any other chemical agent that appear in the environment. **Objective:** This study has the objective to evaluate the drug use by patients treated in the Continuing Integrated Care sector in a philanthropic hospital at Campo Grande – MS – Brazil, through prescription indicators and evaluation of potential medicines interactions. **Results:** Were analyzed in the study 94 prescriptions, these 53.2% (50/94) were male patients. The average number of drugs per prescription was 9.3; the number of non-pharmacological measures 6.9 by prescription; the number of drugs prescribed on demand "if necessary" by prescription 2.2. Of total prescription drugs 86.48% were prescribed by generic name, these 76.14% actives were listed on the Municipal Register of Essential Medicines, 69.66% in the National List of Essential Drugs and 67.95% at the 19th Model List of Essential Drugs of the World Health Organization. 67.02% of the analyzed prescriptions contain, at least, one injectable medicine prescribed and 22.34%, at least, one antibiotic prescribed. The name of the doctor, the name of the patient and the pharmaceutical form was been present in 100% of the prescriptions analyzed, however the completed posology does not obtained the same and was been present in 97.05% of the prescriptions. Were found 3 non-indicated interactions, 68 serious, 93 moderate and 13 light, the average of the potential medicine interactions for prescription was 3.4. Elderly and womans, have more drugs interactions, however when the qui-square test is realized, the difference is not significant. The average number of patients that don't showed drug interactions used 6.6 medicines, and the number of patients that showed drug interactions used 10 medicines, identified through the ANOVA test. **Conclusion:** The results observed showed that some of the indicators meets the recommended by the World Health Organization while others don't. The majority of the medicines interactions presents clinical relevancy showing the importance of the clinical pharmaceutical together with a multidisciplinary team.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	Envelhecimento Populacional	10
2.2	Cuidados Continuados Integrados	10
2.3	Uso Racional de Medicamentos	11
2.4	Interações Medicamentosas	12
3	OBJETIVOS	13
3.1	Objetivo geral	13
3.2	Objetivos específicos	13
4	METODOLOGIA	14
4.1	Desenho do estudo	14
4.2	Local do estudo	14
4.3	Amostra, processo de coleta de dados e análise de dados	14
5	RESULTADOS	16
6	DISCUSSÃO	22
7	CONCLUSÃO	28
	REFERENCIAS	29
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	34

1. INTRODUÇÃO:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o uso racional de medicamentos (URM) ocorre quando os pacientes recebem o medicamento apropriado para suprir suas necessidades clínicas, em doses adequadas aos requisitos do indivíduo, por período de tempo necessário e com o menor custo possível para si e ou para sua comunidade (OMS, 1985).

Com o intuito de avaliar a utilização racional de medicamentos a OMS criou indicadores do uso racional de medicamentos, como um método objetivo e prático que nos permite determinar como são empregados os fármacos nos serviços de saúde. Estes indicadores foram ainda divididos em três grupos: indicadores de prescrição; indicadores de serviço; indicadores de assistência (OMS, 1993).

Interação medicamentosa é um evento clínico onde os efeitos de um fármaco são significativamente alterados pela presença de outro agente, seja este fármaco, fitoterápico, alimento, bebida, ou qualquer outro agente químico presente no ambiente. Assim quando dois ou mais fármacos são administrados a um paciente, os mesmos podem agir de forma independente ou podem interagir entre si diminuindo ou aumentando o efeito terapêutico ou efeito tóxico de um ou de outro. Desta forma, identificar e conhecer as interações medicamentosas são essências para que ocorra o uso racional de medicamentos (JACOMINI; SILVA, 2011).

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a utilização de medicamentos em hospital filantrópico, no setor de reabilitação em Cuidados Continuados Integrados.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estudos de utilização de medicamento (EUM).

Os denominados estudos de utilização de medicamentos permitem conhecer a situação atual de uso desses recursos terapêuticos e constituem sólida base para programar e realizar intervenções no sentido de corrigir os desvios detectados. Segundo definição da OMS, estes estudos tratam de comercialização, distribuição e uso de medicamentos em uma sociedade, com destaque especial para as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes. As características que devem ser avaliadas são, basicamente, pertinência da prescrição, quantidade, variabilidade e custos dos medicamentos prescritos; a partir destas, podem ser extrapoladas as consequências médicas, sociais e econômicas (LAPORTE e TOGNONI, 1993).

Vários são os fatores determinantes do uso não racional de medicamentos, incluindo as próprias atitudes de profissionais e usuários frente ao medicamento, aspectos culturais, sociais e econômicos, influência da propaganda sobre prescritores e pacientes (SIMÕES, 2001).

Cruciol-Souza e Thompson (2006) em um estudo avaliaram 1785 prescrições na enfermaria de adultos em hospital universitário brasileiro e identificaram a utilização de sete medicamentos em média por paciente e 49,7% de interações medicamentosas.

Frente à susceptibilidade dos pacientes em âmbito hospitalar às reações adversas a medicamentos devido ao estado e ao ambiente a que se inserem, têm-se demonstrado preocupação em se criar propostas de avanços na farmacoterapia, em conformidade com as diretrizes do uso racional de medicamentos (CARVALHO et al., 2007).

2.2 Envelhecimento populacional.

Atualmente, ocorre um fenômeno global desencadeado pelo declínio acentuado das taxas de natalidade e fecundidade, bem como uma redução das taxas de mortalidade. Essas mudanças junto com o aumento da expectativa de vida levam ao envelhecimento populacional (LIMA-COSTA, 2011). No Brasil, a velocidade com que ocorre esta transição demográfica e epidemiológica desencadeia uma série de questões para os pesquisadores e gestores do sistema de saúde com repercussões para toda a sociedade (VERAS, 2009).

Os resultados do censo 2010 revelaram que a população com 60 anos ou mais cresceu significativamente nos últimos anos. Em 2000 o Brasil possuía 14,5 milhões de idosos que representavam 8% da população, em 2010 os idosos representavam 12% da população totalizando 18 milhões de brasileiros (IBGE, 2010). Trabalhos como de Silva et al. (2014) deixam claro a importância de um olhar mais criterioso sobre esta população, assim como a assistência aos mesmos e seus familiares que fazem parte integralmente dos cuidados de seus idosos.

Em revisão de literatura realizada por Brito et al. (2013), temos a clareza de que as doenças crônico-degenerativas e a instauração de incapacidades devido as mesmas ou a síndrome da fragilidade do idoso discutida por Pinto e Athayde (2015) são as principais causas de internação e institucionalização de idosos.

2.3 Cuidados Continuados Integrados

Devido a demanda da população idosa, em Portugal por meio do Decreto-Lei nº 101 de 6 de junho de 2006 foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (CCI). Segundo esse decreto-lei entende-se por CCI: “conjunto de intervenções sequenciais a saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, readaptação e reinserção familiar e social”.

No Brasil, o CCI tem três unidades ativas, Franca – SP, Campo Grande – MS e Rebouças – PR, e uma quarta unidade está em fase de implantação em São Francisco do Piauí – PI. Os CCIs foram implantados objetivando a recuperação global do paciente, para promover a sua autonomia e funcionalidade, no âmbito da situação de dependência, tem também como fator determinante o uso de medicamentos nesta recuperação (HOSPITAL SAMARITANO, 2013).

2.4 Uso Racional de Medicamentos

Em 1993, a OMS com a finalidade de avaliar o processo de utilização de medicamentos propôs a criação de indicadores do URM, que visam então aferir a qualidade de uma prescrição e também a qualidade de serviços de saúde por meio de métodos e

parâmetros bem estabelecidos (OMS, 1993). Os indicadores foram então divididos em três grupos:

1) Indicadores de prescrição:

- Número médio de medicamentos por prescrição
- Porcentagem de medicamentos prescritos pela designação genérica
- Porcentagem de prescrições contendo medicações injetáveis
- Porcentagem de prescrições em que se prescreve antibiótico
- Porcentagem de medicamentos prescritos que constam nas listas de medicamentos essenciais.

2) Indicadores de assistência:

- Tempo médio por consulta
- Tempo médio de dispensação
- Porcentagem de medicamentos fornecidos
- Porcentagem de medicamentos corretamente etiquetados
- Porcentagem de pacientes que conhecem a dose correta

3) Indicadores de serviço:

- Disponibilidade de cópias das listas de medicamentos essenciais e ou padronizados
- Disponibilidade de medicamentos essenciais

Por meio deles é possível avaliar os profissionais de saúde, bem como os usuários dos serviços de saúde e o próprio serviço, quantificando aspectos específicos dos prestadores de assistência, além de avaliar processos diagnósticos e tratamento farmacológico por meio do emprego de técnicas padronizadas e objetivas (OMS, 2002).

Em 1998, foi criada no Brasil a Política Nacional de Medicamentos para uma melhor adequação ao URM em nível nacional com o objetivo principal de garantir qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. A criação da política é o principal instrumento para orientações das ações de saúde relacionadas ao uso de medicamentos (BRASIL, 1998).

Como exemplo do uso dos indicadores, podemos citar trabalhos como o de Lucchetti (2010) que observou diferentes médias de medicamentos prescritos em diferentes serviços de saúde, ou de Ferreira (2012) que encontrou média de utilização de 6,1 medicamentos por paciente em unidade de longa permanência em Portugal.

Além do indicador de número médio de medicamentos prescritos, outros indicadores como porcentagem de prescrições contendo antibióticos, ou porcentagem de prescrições contendo medicamentos injetáveis, também são utilizados para verificar a qualidade das prescrições em serviços de saúde. Sobre tais indicadores, Desalegh (2013) observou prescrição excessiva de medicamentos antimicrobianos, onde 58,1% das prescrições continham pelo menos um agente prescrito. Zanin e Simon (2012) referente à prescrição de medicações injetáveis observaram que 85,75% das prescrições avaliadas por eles continham medicações deste tipo.

2.5 Interações Medicamentosas

Uma grande preocupação para que ocorra o URM é que as interações medicamentosas (IM) sejam monitoradas. Com o avanço do mercado e uma vasta gama de fármacos disponíveis para prescrições, com combinações cada vez mais elaboradas, tornou-se muito difícil para os profissionais da saúde identificar as interações medicamentosas. É importante ressaltar que a interação entre drogas aumenta consideravelmente com o número de medicamentos utilizados, ocorrendo em 13% dos pacientes que tomam dois medicamentos e até 85% nos pacientes que tomam mais de seis medicamentos (SILVA et al. 2010).

As IM podem ser classificadas de acordo com seu mecanismo, e são divididas em três grupos principais: interações farmacocinéticas, interações farmacodinâmicas e interações farmacêuticas. As farmacocinéticas são aquelas que um fármaco e ou substância irá interferir na absorção, distribuição metabolismo e ou excreção de outro fármaco. As farmacodinâmicas são aquelas que ocorrem em nível de sítio alvo, assim um fármaco irá modificar a atividade de uma segunda droga. As interações farmacêuticas são aquelas, nas quais uma droga causa uma alteração física ou química em outra, como exemplo podemos citar as incompatibilidades de diluição de drogas injetáveis (YUNES, COELHO, ALMEIDA, 2011; BACKES, 2013).

Em estudo realizado por Araujo (2011) o mesmo avalia interação medicamentosa potencial (IMP) em idosos e avalia ainda o conhecimento dos idosos sobre medicamentos e também sobre IM. Leão e colaboradores (2014) observaram uma frequência de 48,9% das prescrições analisadas contendo pelo menos uma IMP, porém com uma média de interação

por prescrição baixa, somente 0,8 IMP por prescrição. Em relação à gravidade das interações encontradas por eles, 71,7% eram consideradas como moderadas (ou significativa), sendo suas consequências principais de tratamento, o monitoramento dos eventos adversos por elas causados.

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivos gerais:

Avaliar a utilização de medicamentos em hospital filantrópico, no setor de reabilitação em Cuidados Continuados Integrados.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar e quantificar os medicamentos e classes farmacológicas/terapêuticas mais utilizadas, de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC).
- Avaliar as prescrições médicas segundo os indicadores de prescrição propostos pela OMS.
- Avaliar e classificar as interações medicamentosas potenciais (IMP).

4. METODOLOGIA:

4.1 Desenho do estudo:

Este estudo foi realizado seguindo modelo epidemiológico ou pesquisa de forma observacional, transversal, exploratório e descritiva.

4.2 Local do estudo:

O estudo foi realizado no Hospital São Julião localizado na cidade de Campo Grande Mato Grosso do Sul, especificamente no setor de CCI do hospital.

O setor de CCI atende pacientes com o objetivo de reabilita-los. Os pacientes do setor (que compreende nível secundário de atenção à saúde) são encaminhados após a estabilização de seu quadro clínico em hospital de alta complexidade (nível terciário de atenção à saúde). Os pacientes encaminhados ao setor de CCI tem seu tempo de permanência no mesmo de 15 a 60 dias a depender de seu quadro clínico e social uma vez que a proposta do setor é de olhar o individuo não pelo olhar biomédico e sim pelo olhar biopsicossocial.

Em relatório do primeiro ano de funcionamento da unidade de CCI (ainda não publicado), temos que 59,5% dos pacientes atendidos no setor apresentaram como diagnostico principal acidente vascular cerebral (AVC) não especificado hemorrágico ou isquêmico, 5,6% apresentaram fratura na coluna, nível não especificado; 4,5% apresentaram sequelas de traumatismo de medula espinhal e que 96,6% dos pacientes necessitaram de reabilitação por limitação da mobilidade.

4.3 Amostra:

A amostra foi composta pelas prescrições do quinto dia de internação contidas nos prontuários médicos dos pacientes atendidos no setor de CCI no período de 28 de outubro de 2013 a 28 de outubro de 2014, compreendendo assim o primeiro ano de funcionamento do setor.

4.4 Processo de coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário próprio preenchido a partir da análise de prescrições contidas nos prontuários médicos. Para a realização da coleta foi escolhido o quinto dia de internação, período este determinado como tempo hábil para que toda a equipe multidisciplinar avaliasse o paciente.

Neste programa o paciente é assistido por profissionais de dez áreas da saúde diferentes (médico, farmacêutico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, nutricionista, psicólogo e técnicos de enfermagem) e a avaliação destes profissionais podem gerar medidas medicamentosas e ou não medicamentosas.

Ressalta-se que no setor há realização de reunião com os componentes da equipe multidisciplinar para formulação de projeto terapêutico singular (ferramenta da política nacional de humanização) nos primeiros dias de internação.

4.5 Desfechos de interesse:

Nesta pesquisa optou-se por avaliar o uso de medicamento por meio de indicadores do URM, e também avaliar e quantificar as interações medicamentosas potenciais nas prescrições (IMP):

Indicadores avaliados:

1. Número médio de medicamentos por prescrição.
2. Porcentagem de medicamentos prescritos por seu nome genérico.
3. Porcentagem de prescrições em que se prescreve um antibiótico.
4. Porcentagem de prescrições em que se prescreve um medicamento injetável.
5. Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME, 2014).
6. Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na 19ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS (OMS, 2015).
7. Porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município de Campo Grande Mato Grosso do Sul (REMUME, 2012).
8. Número médio de medicamentos prescritos por demanda “se necessário”.
9. Número médio de medidas não medicamentosas por prescrição.

10. Presença dos seguintes itens na prescrição: nome do prescritor, data, concentração/dosagem, forma de administração, forma farmacêutica, assinatura do prescritor, nome do paciente.

As IMP foram quantificadas e classificadas de acordo com sua gravidade em: contraindicadas; graves; moderadas e leves.

4.6 Análise de dados:

Para avaliação das potenciais interações medicamentosas, utilizou-se a base de dados DrugDex/MICROMEDEX que é um software de rastreio específico para medicamentos. Esse software também fornece informações sobre o mecanismo e os potenciais efeitos adversos de uma interação, assim como classifica as interações em contraindicadas, graves, moderadas e leves, as quais serão analisadas.

Para as interações medicamentosas foi realizado teste de Qui-quadrado a fim de identificar se há diferença entre o comportamento de grupos. Também foi realizado teste ANOVA para verificar a influência do número de medicamentos utilizados em relação à presença de IMP. Os dados foram reunidos e codificados em banco de dados por meio do Programa Microsoft Office Excel 2007. As análises foram executadas no programa Bioestat 5.3.

5. RESULTADOS:

Foram analisadas no estudo 94 prescrições, destas 53,2% (50/94) eram de pacientes do sexo masculino, sendo 25 de idosos (≥ 60 anos) e 25 não idosos (< 60); 46,8% (44/94) de pacientes do sexo feminino, sendo 16 idosas e 28 não idosas. A média de idade da amostra foi de 52,53 anos; a média de idade no grupo de idosos foi de 71,95 anos e no grupo de não idosos de 37,5 anos.

Os medicamentos mais prescritos segundo o primeiro nível da classificação ATC (Grupo Anatômico) foram os grupos: Aparelho Digestivo e Metabolismo (A); Sistema Nervoso (N); Aparelho Cardiovascular (C); Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (B). Considerando o segundo nível da classificação (Subgrupo Terapêutico) os grupos que se destacaram foram: medicamentos antitrombóticos (B01); analgésicos (N02); agentes antiespasmódicos, anticolinérgicos e propulsivos (A03) antiácidos, medicamentos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência (A02); hipolipemiantes (C10); agentes que atuam sobre o sistema renina-angiotensina (C09) (Tabela 1).

TABELA 1: Classificação dos medicamentos mais prescritos, de acordo com o primeiro nível (Grupo Terapêutico) e segundo nível (Subgrupo Terapêutico), da *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC).

ATC	Classificação:	Frequência (n)	Porcentagem (%)
A	Aparelho Digestivo e Metabolismo.	220	25
A02	Antiácidos, medicamentos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência.	61	6,93
A03	Agentes antiespasmódicos, anticolinérgicos e propulsivos.	86	9,77
A04	Antieméticos e antinauseantes	2	0,23
A06	Laxativos.	14	1,60
A07	Antidiarreicos, agentes anti-inflamatórios e anti-infecciosos intestinais.	1	0,11
A10	Medicamentos usados na diabetes.	30	3,41
A11	Vitaminas (A11)	13	1,48
A12	Suplementos minerais (A12)	12	1,36
B	Sangue e Órgãos Hematopoiéticos.	131	14,88
B01	Medicamentos antitrombóticos.	121	13,75

B03	Preparados antianémicos.	10	1,37
C	Aparelho Cardiovascular.	182	20,68
C01	Terapêutica cardíaca.	5	0,56
C02	Anti-hipertensores.	4	0,45
C03	Diuréticos.	23	2,61
C05	Vasoprotetores.	2	0,22
C07	Betabloqueadores.	24	2,72
C08	Bloqueadores dos canais de cálcio.	23	2,61
C09	Agentes que actuam sobre o sistema renina-angiotensina.	48	5,45
C10	Hipolipemiantes.	53	6,02
D	Medicamentos dermatológicos.	16	1,81
D01	Antifúngicos para uso dermatológico.	8	0,91
D07	Corticosteróides, preparados dermatológicos.	8	0,91
G	Aparelho génito-urinário e hormônios sexuais	1	0,11
G04	Medicamentos urulógicos.	1	0,11
H	Preparados hormonais sistémicos, excluindo hormônios sexuais.	10	1,13
H02	Corticosteroides para uso sistêmico.	7	0,79
H03	Terapêutica tireoidea.	3	0,34
J	Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico.	35	3,97
J01	Antibacterianos para uso sistêmico.	24	2,72
J02	Antimicóticos para uso sistêmico.	2	0,23
J04	Antimicobacterianos.	2	0,23
J05	Antivirais para uso sistêmico.	7	0,79
M	Sistema músculo esquelético.	23	2,61
M01	Anti-inflamatórios e anti-reumáticos.	6	0,68
M02	Produtos tópicos para dores articulares e musculares.	5	0,56
M03	Relaxantes musculares.	12	1,36
N	Sistema Nervoso	200	22,72

N02	Analgésicos.	106	12,04
N03	Antiepilépticos.	32	3,63
N05	Psicolépticos.	27	3,06
N06	Psicoanalépticos.	33	3,75
N07	Outros medicamentos do sistema nervoso.	2	0,22
P	Produtos antiparasitários, insecticidas e repelentes.	11	1,25
P01	Antiprotazoários.	3	0,34
P02	Anti-helmínticos.	7	0,79
P03	Ectoparasitocidas, incluindo escabicidas, insecticidas e repelentes.	1	0,11
R	Aparelho respiratório.	32	3,63
R01	Preparados para uso nasal.	14	1,59
R03	Antiasmáticos.	14	1,59
R05	Preparados contra a tosse e resfriados.	1	0,11
R06	Anti-histamínicos para uso sistêmico.	3	0,34
S	Órgãos do sentido.	6	0,68
S01	Produtos oftalmológicos.	6	0,68
V	Vários	13	1,47
V03	Todos os restantes produtos terapêuticos.	13	1,47

O número médio de medicamentos por prescrição foi de 9,3 ($\pm 3,2$); de medidas não farmacológicas de 6,9 ($\pm 2,9$); de medicamentos prescritos por demanda “se necessário” de 2,2 ($\pm 1,1$).

Foi observado que nome do paciente e prescritor, assinatura do prescritor, inscrição no respectivo conselho profissional, posologia completa e forma farmacêutica foram encontrados em todas as prescrições. O percentual de consultas onde foram prescritas medicações injetáveis foi de 67,02% e contendo prescrições de antibióticos de 22,34%. Do total de medicamentos prescritos, 86,48% foram prescritos pela designação genérica; 76,14% dos princípios ativos se encontravam na REMUME, 69,66% na RENAME e 67,95% na 19ª Lista modelo da OMS (Tabela 2).

Tabela 2: Indicadores de prescrição encontrados nas prescrições do setor de Cuidados Continuados Integrados, no período de outubro de 2013 a outubro de 2014. Campo Grande-MS, 2015.

Parâmetro	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Dados do paciente:	94	100
Dados do prescritor:	94	100
Prescrições contendo injetáveis:	63	67,02
Prescrições contendo antibióticos:	21	22,34
Dados do medicamento:	880	100
Posologia	854	97,05
Forma Farmacêutica	880	100
Genéricos	761	86,48
REMUME	670	76,14
RENAME	613	69,66
LISTA MODELO OMS	598	67,95

Quando comparado alguns dos indicadores de prescrição entre grupos de idosos e não idosos notou-se diferença considerável no número médio de medicamentos, número médio de medidas não farmacológicas, porcentagem de prescrições que continham antibióticos e porcentagem de prescrições que continham medicações injetáveis (Tabela 3).

Tabela 3: Indicadores de prescrição entre grupos idosos e não idosos atendidos no setor de Cuidados Continuados Integrados, no período de outubro de 2013 a outubro de 2014. Campo Grande-MS, 2015.

Comparação dos indicadores entre grupo de idosos e não idosos.		
Parâmetro	Idosos	Não Idosos
Número médio de medicamentos	10,3	8,6
Número médio de medidas não farmacológicas	7,2	6,8
Número médio de medicamentos prescritos por demanda SN (Se necessário).	2,15	2,17
Porcentagem de prescrições contendo Antibióticos	26,8%	18,9%
Porcentagem de prescrições contendo Injetáveis.	83%	54,7%
Número médio de interações por prescrição.	4,68	2,88

Foi observada média de 3,6 IMP por prescrição, sendo que apenas 3 foram consideradas contraindicadas e 68 consideradas graves (Tabela 4).

Tabela 4: Classificação quanto à gravidade, das Interações Medicamentosas Potenciais encontradas nas prescrições do setor de Cuidados Continuados Integrados, no período de outubro de 2013 a outubro de 2014. Campo Grande-MS, 2015.

Classificação das Interações Medicamentosas Potenciais		
Classificação	IMP	Percentual (%)
Contraindicadas	3	1,7
Graves	68	38,4
Moderadas	93	52,5
Leves	13	7,3

Tabela 5: Classificação das Interações Medicamentosas Potenciais mais frequentes nas prescrições do setor de Cuidados Continuados Integrados, no período de outubro de 2013 a outubro de 2014. Campo Grande-MS, 2015.

Interações Medicamentosas Potenciais mais frequentes		
Classificação	IMP	Frequência (R)
Graves	Anlodipino e Sinvastatina	16
	Enoxaparina e Sertralina	9
	Sinvastatina e Varfarina	8
Moderadas	Insulina e Losartana	11
	Fenitoína e Omeprazol	8
	Fenitoína e Sinvastatina	8
Leves	Fenitoína e Ranitidina	4

Observa-se que no grupo de idosos houve um maior percentual de indivíduos que apresentaram interação medicamentosa, assim como um maior percentual de mulheres apresentando interações, no entanto essa diferença não foi significativa segundo teste de Qui-Quadrado (Tabela 6).

TABELA 6: Número de Interação medicamento – medicamento em relação aos grupos de idosos e não idosos, e ao grupo de indivíduos do sexo masculino e feminino.

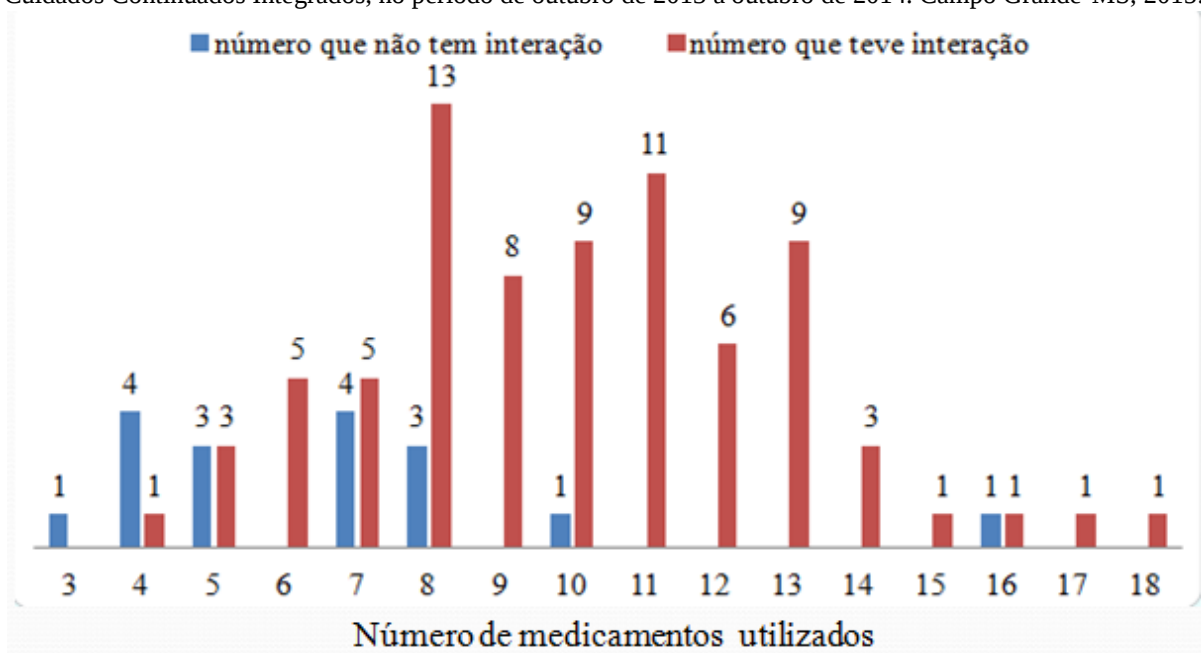
	Não		Sim		p-valor
	n	%	n	%	
Idade					
Menor 60	12	22,6	41	77,4	0,19
Maior 60	5	12,2	36	87,8	
Sexo					
Masculino	10	20,0	40	80,0	0,61
Feminino	7	15,9	37	84,1	

Quando analisado as interações medicamentosas com relação ao número de medicamento foi identificado através de teste ANOVA que há uma diferença significativa entre as médias de medicamento utilizado entre as pessoas que apresentam e não apresentam interação. (Tabela 7)

Tabela 7: Interação com relação à média de medicamento utilizado pelos pacientes atendidos no setor de Cuidados Continuados Integrados, no período de outubro de 2013 a outubro de 2014. Campo Grande-MS, 2015.

	Média de medicamento	p-valor
Sim	10,0	<0,01
Não	6,6	

Gráfico 1: Interação com relação à média de medicamento utilizado pelos pacientes atendidos no setor de Cuidados Continuados Integrados, no período de outubro de 2013 a outubro de 2014. Campo Grande-MS, 2015.



6. DISCUSSÃO:

Polifarmácia é definida como a utilização simultânea de vários medicamentos por um mesmo paciente (HOFFMAN et al, 2011). Polifarmácia menor é a utilização de dois a quatro medicamentos enquanto a polifarmácia maior é a utilização de cinco ou mais medicamentos pelo mesmo paciente (LUCCHETTI et al, 2010). Hoffman (2011) complementa que pode ser considerada como polifarmácia a utilização de dois medicamentos psiquiátricos pelo mesmo paciente ou ainda quando se utiliza medicamentos de mesma classe terapêutica em um mesmo paciente, ou até fármacos com mecanismo de ação iguais ou similares.

Assim como Lucchetti (2010) o presente estudo considerou polifarmácia como o uso de cinco ou mais fármacos simultaneamente, a qual está associada com uma maior complexidade de gestão terapêutica, bem como ao aumento da incidência de efeitos adversos, resultando muitas vezes em menor aderência ao tratamento pelo doente.

Em estudo realizado pela OMS em diversos países a média de medicamentos por prescrição esteve entre 1,3 e 3,8 medicamentos (OMS 1993). Lucchetti et al. (2010) discutiram em seu trabalho, a partir de dados bibliográficos, que pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva (UTI) tem maior incidência de polifarmácia que pacientes institucionalizados e esses maior incidência que pacientes ambulatoriais, descrevendo médias de utilização de medicamentos de 9,9 a 13 em UTI e hospital, 7,2 a 8 em usuários institucionalizados e mais ou menos 5 em pacientes ambulatoriais. Em unidade semelhante em Portugal os doentes recebiam entre um e 13 medicamentos com média de 6,1 (FERREIRA E RODRIGUES 2012). Os resultados deste estudo para este indicador foi superior ao encontrado pela OMS, bem como ao encontrado em unidade semelhante em Portugal. Ao comparar com os dados de Lucchetti et al (2010) observa-se que a média de uso de medicamentos da unidade foi similar ao que se utiliza em UTI, enfatizando o cuidado que a equipe multidisciplinar deve ter com estes pacientes que apresentam alto grau de comprometimento.

O número de medidas não farmacológicas por prescrição apresenta aspectos relativos à assistência ao paciente e à responsabilidade dos diferentes profissionais de saúde, ressaltando a importância da equipe multidisciplinar. Tem como objetivo a melhora clínica do paciente e, conseqüentemente, seu restabelecimento biopsicossocial. Como exemplo de tais medidas, pode ser citado: tipo de dieta, glicemia capilar, mudança de decúbito, temperatura axilar, sinais vitais, entre outros.

A alta incidência de medidas não farmacológicas encontradas neste estudo é reflexo do perfil dos pacientes atendidos no setor. Por se tratar de setor de reabilitação, os pacientes encaminhados têm comprometimento da sua mobilidade, necessitando da equipe multidisciplinar e dos cuidadores algumas medidas de intervenção, como, por exemplo, mudança de decúbito para prevenção de úlceras por pressão. É importante salientar também, que o CCI recebe pacientes oriundos de hospital de alta complexidade e que em alguns casos é necessário até a realização de uma contrarreferencia devido ao agravamento do quadro do doente.

A prescrição por demanda “se necessário” é um tipo de prescrição que demonstra a importância do processo multidisciplinar no cuidado, uma vez que neste tipo de prescrição o médico transfere a responsabilidade para a equipe de enfermagem avaliar a necessidade ou não de administração de um ou mais medicamentos. Nestes casos, é importante considerar que aqueles medicamentos indicados para tratar sinais que o técnico de enfermagem pode aferir (temperatura corporal, glicemia, pressão) atribuem um menor risco ao paciente. No entanto, existem situações em que essas análises não são tão objetivas, podendo colocar em risco a segurança do paciente no uso de medicamentos. Assim a presença de algumas informações como, a posologia completa da medicação, assim como via de administração e fórmula farmacêutica, além de aspectos instrutivos e de advertência para cada medicamento prescrito diminui consideravelmente o risco potencial da ocorrência de erro de medicação.

Tanto nas medidas não farmacológicas como na prescrição de medicamentos “se necessário” fica claro a importância da equipe multidisciplinar trabalhar de forma integrada, inclusive transmitindo as orientações necessárias aos cuidadores para que estes possam realizar com responsabilidade estes procedimentos quando estes pacientes recebem alta hospitalar.

A presença de nome na prescrição é importante para identificar e individualizar os medicamentos em prescrição médica (OMS, 1994). A assinatura e inscrição no respectivo Conselho Profissional são de grande importância, pois comprova que foi profissional habilitado o responsável pela elaboração da prescrição. Além disso, em caso de dúvida ou esclarecimentos, é possível identificar o responsável pela prescrição e impedir que pessoas não autorizadas façam prescrições indevidas ou burlem a legislação. Assim os dados encontrados neste estudo demonstraram que nestes quesitos, os prescritores estão atentos ao preconizado pela OMS.

De acordo com Monreal et al (2009), os dados do medicamento (posologia e forma farmacêutica) são de extrema importância para a obtenção de um resultado final positivo para

o tratamento e estas informações estavam presentes em praticamente todas as prescrições encontradas em quase todos os fármacos prescritos.

Banderia et al. (2015) bem como Oliveira et al. (2015) obtiveram resultados semelhantes quanto a presença do nome do paciente e prescritor, bem como assinatura do prescritor, porém quanto a posologia e forma farmacêutica os achados foram diferentes. Referente à posologia e forma farmacêutica respectivamente, Oliveira et al. (2015) encontraram um percentual de 99,46% e 78,55% , enquanto que Bandeira et al. (2015) 83,3% e 89,8%.

A alta prevalência de medicações injetáveis se explica devido à perda de mobilidade dos pacientes, sendo necessário a administração diária de enoxaparina na dose de 40 mg/ml para profilaxia de trombose venosa profunda. Furini et al. (2009) obtiveram resultado similar ao do presente estudo, onde 59,4% das prescrições continham medicações injetáveis prescritas. Em recente estudo em um hospital de ensino na Etiópia, 38,1% das prescrições continha prescrição de pelo menos uma medicação injetável (DESALEGN, 2013).

Zanin e Simon (2012) que obtiveram um percentual de 85,75% das prescrições contendo medicamentos injetáveis dizem que quando se avalia três dos indicadores (número médio de medicamentos e porcentagem de prescrições contendo antibióticos e medicamentos injetáveis), que é muito difícil definir valores ótimos para os mesmo, visto que sofrem influência de diversos fatores (perfil de morbidade, características de serviços de saúde, existência de lista de medicamentos padronizados, entre outros) dependentes de características locais. Eles ainda encontraram 13,75% das prescrições contendo antibióticos.

A principal finalidade do indicador do uso de antimicrobianos é verificar a prescrição excessiva, pois tal prática pode induzir o surgimento de cepas bacterianas resistentes que, por sua vez, podem gerar graves consequências à saúde do paciente (SANTANA et al, 2014). Desalegn (2013) observou que em 58,1% das prescrições avaliadas continham medicações antimicrobianas. No presente estudo a incidência do uso de antimicrobianos foi similar à encontrada por Vooss e Diefenthaler (2011) que foi de 21,7%,, sendo essa muito inferior ao encontrado por Furini et al (2009) onde 40% das prescrições continham antibióticos prescritos. A OMS recomenda para este indicador, incidência de uso menor do que 20%, assim, podemos inferir que não houve prescrição excessiva de agentes antimicrobianos neste estudo.

Foi alta a utilização da designação genérica no presente estudo, porém esperava-se que fosse de 100% uma vez que o setor é financiado pelo SUS e que por isso é obrigatório a utilização da designação genérica, como previsto pela Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de

1999. Na literatura científica observamos diferentes valores deste indicador. Furini et al. (2009) encontraram em seu estudo que apenas 21,5% dos medicamentos eram prescritos pela designação genérica, Zanin e Simon (2012) 61%; Vooss e Diefenthaeler (2011) 72,5%; Bandeira et al. (2015) 90,2% e Desalegh (2013) 98,7%.

Referente a presença dos medicamentos em listas padronizadas, Desalegh (2013) encontrou que 96,6% dos medicamentos prescritos estavam inseridos na lista de medicamentos essenciais do hospital da Universidade de Hawassa. No estudo de Bandeira (2015) que avaliou com base na REMUME do município de Ijuí, 93,97% dos princípios ativos constavam na lista em questão. Furini et al. (2009) encontraram neste indicador um percentual de apenas 58%, Zanin e Simon (2012) observaram 98,83% e Vooss e Diefenthaeler (2011) 80,3%.

Neste estudo esperava-se que 100% dos medicamentos prescritos estivessem contemplados na REMUME e RENAME, uma vez que o hospital é financiado pelo SUS e quanto à lista da OMS, por considerar o contexto global, esperava-se uma inserção menor. Os resultados apontaram um valor muito próximo entre as três listas, que apesar de atender ao recomendado pela OMS que é de 70% ou mais, ainda é inferior ao encontrado em alguns estudos.

A maioria das IMP identificadas neste estudo foram classificadas como graves ou moderadas. O estudo desenvolvido por Moura (2010) teve média de 3,3 IMP por prescrição, Mazzola et al (2011) e Silva et al,(2010) também observaram que a maioria das IMP encontradas eram classificadas como grave ou moderada. Estes resultados demonstram a importância do farmacêutico clínico no acompanhamento destes pacientes uma vez que para as interações graves e moderadas necessitam muitas vezes de monitoramento e intervenções e o farmacêutico é o profissional mais habilitado para este manejo.

Segundo o Micromedex a interação entre amiodarona e fluconazol pode gerar um aumento das concentrações séricas de amiodarona. Este processo se dá através de inibição enzimática, onde o fluconazol irá inibir o citocromo P450 subunidade 3A4, inibindo assim o metabolismo da amiodarona, gerando então cardiotoxicidade (prolongamento QT, torsades de pointes (TdP) e parada cardíaca).

Estudo de Lemos (2013) observou que o fluconazol assim como os demais antifúngicos azóis têm o potencial de prolongar o intervalo QT e originar o TdP, o fluconazol ainda é potente inibidor enzimático de CYP450 subunidades 3A4 e 2C9 por isso um prolongamento QT pode estar mais pronunciado em fármacos metabolizados por estes sistemas que tenham potencial de prolongar o QT.

Lorentz e Ramiro (2007) observaram que antiarrítmicos como a amiodarona, podem eventualmente causar TdP, e que a amiodarona prolonga o intervalo QT em 500 ms. Carvalho et al. (2013) constataram sobre amiodarona que IMP de significância clínica ocorrem com o fármaco devido sua atividade inibitória de CYP450 3A4 e também da glicoproteína P. De acordo com a base MICROMEDEX, a amiodarona é extensamente metabolizada pelo CYP450 3A4, podemos então comprovar que a interação medicamentosa ocasiona um risco potencial para prolongamento do intervalo QT.

Duas interações classificadas como contraindicadas envolviam o fármaco sinvastatina, podendo acarretar em aumento do risco de se desenvolver miopatia grave ou rabdomiólise: A primeira com o fármaco cetoconazol que é um potente inibidor do citocromo P450 subunidade 3A4, inibindo assim o metabolismo da sinvastatina. Esta interação tem sido observada em pacientes tratados com sinvastatina ou outra estatina após iniciado a terapia com cetoconazol. A outra interação envolvia o fármaco claritromicina que também é um forte inibidor do citocromo P450 subunidade 3A4, inibindo assim o metabolismo da sinvastatina. A miopatia e a rabdomiólise têm sido observadas em pacientes tratados com estatinas quando associadas à claritromicina (MICROMEDEX). Pasqualetti et al. (2012) discutiram essa interação em um relato de caso, e comprovara a potencialidade da interação.

Lemos (2013) relata que o cetoconazol é o mais potente inibidor de CYP450 3A4, e segundo a base de dados Micromedex a sinvastatina é metabolizada pela mesma enzima, comprovando assim a IMP entre os fármacos, devido ao processo de inibição enzimática não ocorrendo o metabolismo da estatina, fazendo com que a mesma fique por mais tempo circulante, podendo causar assim um maior risco de desenvolvimento de miopatia e rabdomiolise.

Estudo de Pinto (2014) corrobora com o Micromedex sobre a enzima metabolizadora da estatina e apresenta que a sinvastatina também pode interagir com o fármaco anlodipino, pois o anlodipino desloca a estatina da enzima para ser metabolizado. Este fato fez com que o Food and Drug Administration (FDA) estabelecesse dose limite para sinvastatina de 20 mg/dia quando a mesma for associada a utilização concomitante com o fármaco anlodipino, que foi a interação grave mais prevalente do estudo.

Quinney et al. (2012) relataram que a claritromicina é um potente inibidor do CYP450 3A4, assim a claritromicina quando administrada concomitante a outras drogas metabolizadas pela enzima pode provocar toxicidade, principalmente em caso de drogas com estreito índice terapêutico. Assim, a sinvastatina quando administrada juntamente a claritromicina, pode apresentar um maior risco de apresentar miopatia ou rabdomiolise ao usuário.

Ainda quando comparamos as diferenças de resultados dos indicadores nos grupos de idosos e não idosos percebemos que o grupo de idosos utiliza mais medicamentos, por vias mais invasivas e ainda necessitam de maior atenção no cuidado uma vez que apresentam maior número de medidas não medicamentosas, e estes ainda estão mais sujeitos a adquirir infecções. Foi também observado que o grupo de idosos apresentou um maior número de IMP do que o grupo de não idosos, porém teste de qui-quadrado demonstrou que a diferença não é significativa.

Em relação à diferença entre as IMP entre os grupos, Moura (2010) em seu estudo observou que houve maior prevalência de IMP nos homens (59%) e nos idosos (54%), Bueno (2010) observou diferença entre média de interação de 4,2 para homens e 3,8 para as mulheres, onde a média de utilização de medicamentos foi de 6,7 para os homens e 4,3 para as mulheres. Rafi (2015) assim como no presente estudo, não encontrou diferença significativa de IMP entre gênero e idade, porém em seu estudo os homens apresentaram mais IMP do que as mulheres, assim como os idosos em relação aos não idosos.

Os idosos são mais suscetíveis a reações adversas a medicamentos, esse fato se deve aos processos de senescência e senilidade, bem como ao fato dos mesmos possuírem múltiplos diagnósticos e em decorrência disso utilizarem vários fármacos (QUINALHA; CORRER, 2010). Cabe ressaltar ainda que muitos dos idosos apresentam a síndrome da fragilidade, com isso era esperado uma maior utilização de medicamentos, bem como a apresentação de um maior número de IMP por essa população.

7. CONCLUSÃO:

Assim foi observado que as classes farmacológicas mais utilizadas foram aquelas que atuam no aparelho digestivo e metabolismo, sistema nervoso, aparelho cardiovascular e sangue e órgãos hematopoiéticos respectivamente.

Os achados do estudo demonstraram que houve alta prevalência de medicações injetáveis, assim como de polifarmácia demonstrando um desvio dos padrões recomendados pela OMS. Já os indicadores referentes à porcentagem de medicamentos prescritos pela designação genérica, a prevalência dos princípios ativos constantes nas listas de medicamentos essenciais e a prescrição de antimicrobianos atendem ao preconizado.

Em relação às IMP nas prescrições, observou-se que a grande maioria apresenta relevância clínica sendo classificadas como graves e moderadas, demonstrando a importância do farmacêutico clínico frente ao manejo e acompanhamento destas IMP, visto que, o mesmo é o profissional mais habilitado para exercer a função.

Referências

ARAUJO C. L. Conhecimento de idosos sobre o uso de medicamentos e interação medicamentosa. **Revista Brasileira de Ciências do Conhecimento Humano**. Passo Fundo, v. 8, n. 2, p. 188-195, maio/ago. 2011.

BACKES P. Identificação e avaliação de potenciais interações medicamentosas em prescrições de pacientes internados no hospital universitário da UFSC. **Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Farmácia**. Florianópolis, 2013.

BANDEIRA V. A. C. et al. Análise das prescrições dispensadas em uma unidade básica de saúde do município de Ijuí – RS. **Revista Saúde (Santa Maria)**. Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p. 229-238, 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico, 2010: resultados preliminares**. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em 05 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a política nacional de medicamentos. **Brasília: Diário Oficial da União, 1998**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acessado em: 05 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME 2014** 9ª Edição. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_essenciais_renome_2014.pdf. Acessado em: 05 de outubro de 2015.

BRASIL. Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Brasília: Diário Oficial da União, 1999**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9787.htm Acessado em: 05 de outubro de 2015.

BUENO C. S. et al. Utilização de medicamentos e risco de interação medicamentosa em idosos atendidos pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas**. Ijuí V. 30. N. 3 P. 331-338. 2010.

CARTA DE SERVIÇOS DA SAÚDE. Relação das ações e serviços de saúde da secretaria municipal de saúde de Campo Grande – MS. **Relação Municipal de Medicamentos Essenciais 2012**. Disponível em: <http://www.pmcmg.ms.gov.br/cartadeservicos/relacao-municipal-de-medicamentos-essenciais-remume/>. Acessado em: 05 de outubro de 2015.

CARVALHO, J.M; MARGARINOS-TORRES, R.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G. Estudos de utilização de medicamentos em hospitais brasileiros: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 88 n. 2 p 77-82. Dezembro 2007.

CARVALHO et al. Prevalência de interações medicamentosas em unidade de terapia intensiva no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**. V. 26. N. 2. P. 150 – 157. 2013.

CRUCIOL-SOUZA, J.M; THOMPSON, J.C. A pharmacoepidemiologic study of drug interactions in a Brazilian teaching hospital. **Clinics**. Volume 61. Número 6. Página 515-520.

DESALEGH A. A. Assessment of drug use pattern using WHO prescribing indicators at Hawassa University teaching and referral hospital, south Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Health Services Research**. V. 13. P. 170. 2013.

FERNANDES H.S.; PULZI JUNIOR S. A.; COSTA FILHO R. Qualidade em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. Santo André – SP V. 8. P. 37-45. 2010.

FERREIRA N. M. L., RODRÍGUES V. M. C. P. Avaliação do impacto da polimedicação nas verbas de internamento nas unidades de longa duração e manutenção. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra Série III – n,º 6 – Março, 2012.

FURINI et al. Estudo de indicadores de prescrição, interações medicamentosas e classificação de risco ao feto em prescrições de gestantes da cidade de Mirassol – São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. São José do Rio Preto – SP V. 30. N. 2. P. 211 – 216. 2009.

GRAVE et al. Ações Interdisciplinares em Saúde: Vivências de Integração Ensino-Serviço-Comunidade. **Caderno Pedagógico, Lajeado**. V. 12. N. 1. P. 231-240. 2015.

HOFFMAN D. A. et al. Polypharmacy or medication washout an old tool revisited. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**. São Francisco. V. 7. P. 639 – 648. 2011.

HOSPITAL SAMARITANO. Bases Conceituais e operacionais do novo modelo de Cuidados Continuados. **Centro de Estudos CEALAG; Gessaword do Brasil**. Caderno página 27. São Paulo, 2013.

JACOMINI L. C. L.; SILVA N. A. Interações medicamentosas: uma contribuição para o uso racional de imunossuppressores sintéticos e biológicos. **Revista Brasileira de Reumatologia**. Goiânia. V. 51. N. 2. 2011.

LAPORTE, J.R., TOGNONI, G. Estudios de utilización de medicamento y de farmacovigilancia In: LAPORTE, J.R., TOGNONI, G. (Eds.) **Principios de Epidemiologia Del Medicamento 2 ed**. Barcelona Página. 1-24 1993.

LEÃO D. F. L.; MOURA C. S.; MEDEIROS D. S. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. Vitória da Conquista – BA V. 19. N. 1. P. 311-318. 2014.

LEMOS L. F. M. **Medicamentos com potencial para prolongar o intervalo QT e precauções a ter na prática clínica com a sua utilização. Experiência Profissionalizante na Vertente de Farmácia Comunitária e Investigação**. 2013. Dissertação Universidade da Beira Interior, Portugal 2013.

LIMA-COSTA M. F. Estudo de coorte de idosos de bambuí 1997-2008. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro – RJ V. 27. N. Supl 3, P. 324-325. 2011.

LORENTZ M. N.; RAMIRO F. G. C. Anestesia e síndrome do QT longo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Campinas – SP V. 57. N. 5. P. 543 – 548. Campinas 2007.

LUCCHETTI G. et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro V. 13. N. 1. P. 51-58. 2010.

MAZZOLA P. G. et al. Perfil e manejo de interações medicamentosas potenciais teóricas em prescrições de UTI. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Súde**. Campinas – SP V. 2. N. 2. P. 15-19. Agosto, 2011.

MICROMEDEX® 2.0, (electronic version). **Truven Health Analytics, Greenwood Village, Colorado, USA**. Disponível em: <<http://www-micromedexsolutions-com.ez51.periodicos.capes.gov.br/>> Acessado em: 05 de outubro de 2015.

MONREAL M. T. F. et al. Avaliação de Indicadores de Uso Racional de Medicamentos em Prescrições de Antimicrobianos em um Hospital Universitário do Brasil. **Latin Of Journal of Pharmacy**. Campo Grande – MS V. 28. P. 421- 426, 2009.

MOURA C. S. **Interações medicamentosas em pacientes hospitalizados: exposição, relação com indicadores de internação e intervenção**. 2010. 132 f. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia. Belo Horizonte, 2010.

OLIVEIRA A. A.; LIMA R. P. A.; MARTINS R. C. Análise da qualidade das prescrições médicas do hospital público em Mirante da Serra – RO atendidas em uma farmácia comunitária. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. V. 6. N. 1. P. 38 – 47. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **The Rational Use of Drugs – Report of the Conference of Experts, Nairobi 25-29. Novembro 1985**. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17054e/>>. Acessado em: 05 de outubro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **How to Investigate Drug Use in Health Facilities: Selected Drug Use Indicators - EDM Research Series No. 007, 1993**. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2289e/#Js2289e>>. Acessado em: 05 de outubro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Guide to Good Prescribing - A Practical Manual, 1994**. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip23e/>>. Acessado em: 05 de outubro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Promoting Rational Use of Medicines: Core Components - WHO Policy Perspectives on Medicines, No. 005, 2002**. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh3011e/>>. Acessado em: 05 de outubro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classifications - The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses (ATC/DDD)**.

Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/atcddd/en/>>. Acesso em: 05 de outubro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Who Model List of Essential Medicines 19th List, April 2015.** Disponível em: <http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/EML_2015_FINAL_amended_AUG2015.pdf?ua=1>. Acessado em: 05 de outubro de 2015.

PASQUALETTI G et al. Clarithromycin-induced rhabdomyolysis: a case report. **International Journal of General Medicine**. V.5. P. 283-285. Março, 2012.

PINTO A. F.; ATHAYDE F. T. S. Fragilidade e quedas em idosos: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**. V. 4. N. 1. P. 69-75. 2015.

PINTO M. C. B. **Interações medicamentosas relevantes no tratamento de doenças cardiovasculares**. 2014. Dissertação da Universidade de Fernando Pessoa. Porto 2014.

PORTUGAL: Diário da República. **Decreto-lei nº 101 de 6 de junho de 2006**. Disponível em: <https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf>. Acesso em: 05 de outubro de 2015.

QUINALHA J. V.; CORRER C. J. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gereontologia**. Curitiba – PR V. 13. N. 3. P. 487- 499. 2010.

QUINNEY S. K. et al. Rate of onset of inhibition of gut-wall and hepatic CYP3A by clarithromycin. **European Journal of Clinical Pharmacology**. V. 69. N. 3. P. 439 – 448. 2014.

RAFI M. S. Evaluation of Potential Drug-Drug Interactions with Antidepressants in Two Tertiary Care Hospitals. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. V. 9. N. 7. 2015.

SANTANA R. S. et al. Consequências do uso excessivo de antimicrobianos no pós-operatório: o contexto de um hospital público. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. V. 41. P. 149-154. 2014.

SILVA K. M.; SANTOS S.M.A.; SOUZA A. I. J. Reflexões sobre a necessidade do cuidado humanizado ao idoso e família. **Saúde e Transformação Social**. Florianópolis V. 5. N. 3. P. 20-24. 2014.

SILVA N. M. O. et al. Avaliação de potenciais interações medicamentosas em prescrições de pacientes internadas, em hospital público universitário especializado em saúde da mulher, em Campinas-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas**. V. 31. N. 2. P. 171-176. Junho, 2010.

SIMÕES, M.J.S. Estudos de utilização de medicamentos. In: CASTRO, L.L.C [Org] **Fundamentos de farmacoepidemiologia: Uma introdução ao estudo da farmacoepidemiologia**. Campo Grande: [Grupo de pesquisa em uso racional de medicamentos. GRUPURAM], 2001.

VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**. Rio Janeiro – RJ. V. 43. N. 3. P. 548-554. 2009.

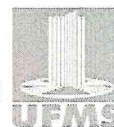
VOOSS A. T., DIEFENTHAELER H. S. Evaluation of prescription indicators established by the WHO in Getúlio Vargas – RS. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. São Paulo – SP V. 47. N. 2. Junho, 2011.

YUNES L. P.; COELHO T. A.; ALMEIDA S. M. Principais interações medicamentosas em pacientes da UTI-Adulto de um hospital privado de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. São Paulo – SP V. 2. N. 3. P. 23-26. 2011.

ZANIN F. H. C.; SIMON T. F. P. Indicadores de prescrição médica em service de urgência de um hospital público, Belo Horizonte – MG. **Revista Brasileira de Farmácia e Serviços de Saúde**. São Paulo – SP V. 3. N. 1. P. 42-45. 2012.

8 - Tabela de medicamentos prescritos listados no prontuário

Nº	Nome do Medicamento	Forma Farmacêutica	Posologia	Prescrito pelo nome genérico? 0-não 1-sim	Consta na REMUME? 0-não 1-sim	Consta na RENAME? 0-não 1-sim	Consta na OMS? 0-não 1-sim
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							



Termo de Autorização para Publicação na Biblioteca Digital de Monografia – BDM (Especialização – Lato Sensu) da UFMS

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ Monografia ☐ Dissertação

2. Identificação do documento/autor

Programa de pós-graduação: Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados

Área de concentração (Tabela CNPQ): _____

Palavra - chave: _____

Título: Utilização de medicamentos por pacientes atendidos em Setor de Cuidados Continuados Integrados

Autor: Uriel O. Massula C. de Mello

e-mail: urielmassula@hotmail.com RG: 5104466-55P/GO CPF: 035 427 981-50

Orientador: Profa. Dr.ª M.ª Tereza F. Queiroz Moura CPF: 322 390 501-44

Co-orientador: _____ CPF: _____

Número de páginas: 38 Data de defesa: 11 / 12 / 15 Data de entrega do arquivo à secretaria: ____ / ____ / ____

3. Informações de acesso ao documento

☒ Total ☐ parcial

Em caso de publicação parcial, assinala as permissões:

☐ Sumário

☐ Capítulos, Especifique: _____

☐ Bibliografia

☐ Outras restrições: _____

Por quanto tempo? ☐ 1 ano _____ anos ☒ sempre

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, de acordo com a Lei nº 9610/98, autorizo à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, conforme permissão assinadas, do documento, em meio eletrônico, na Rede Mundial de Computadores, no formato especificado, para fins de leitura, impressão e/ou pela Internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade, a partir desta data.

Uriel Massula
Assinatura do autor

Data: 30 / janeiro / 2016

[Assinatura]
Assinatura do orientador

Data: 19 / fevereiro / 2016

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da Monografia ou Dissertação **desprotegido**.