Série Formação para a Atenção Básica

PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina

Série Formação para a Atenção Básica

PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Alexandra Crispim Boing
Ronaldo Zonta
Fernanda Manzini

Florianópolis
UFSC
2016

Catalogação elaborada na fonte.
Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária responsável:
Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588p Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública.

Promoção do uso racional de medicamentos na atenção básica [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadores: Alexandra Crispim Boing; Ronaldo Zonta; Fernanda Manzini. - Florianópolis: UFSC, 2016.

81 p. : il. color. (Série – Formação para Atenção Básica).

Modo de acesso: **www.ufsc.br**

Conteúdo do módulo: Unidade 1 – Uso Racional de Medicamentos. – Unidade 2 – Escolhas racionais na Atenção Básica. – Unidade 3 – Promoção do uso racional de medicamentos: estratégias e desafios das equipes da Atenção Básica.

ISBN 978-85-8267-104-7

1. Atenção básica. 2. Uso racional de medicamentos. 3. Promoção da saúde. I. UFSC. II. Boing, Alexandra Crispim. III. Zonta, Ronaldo. IV. Manzini, Fernanda. V. Título.

CDU: 364.2

GOVERNO FEDERAL
Presidência da República
Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
Diretoria do Departamento de Gestão a Educação na Saúde (DEGES)
Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Reitor: Luis Carlos Cancellier de Olivo
Vice-Reitora: Alacoque Lorenzini Erdmann
Pró-Reitora de Pós-graduação: Sérgio Fernando Torres de Freitas
Pró-Reitor de Extensão: Rogério Cid Bastos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Diretora: Isabela de Carlos Back
Vice-Diretor: Ricardo de Sousa Vieira

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
Chefe do Departamento: Fabricio Menegon
Subchefe do Departamento: Maria Cristina Calvo

COORDENAÇÃO DO PROJETO
Coordenadora do Projeto de Capacitação para a Atenção Básica:
Sheila Rubia Lindner
Coordenadores da Produção de Material:
Alexandra Crispim Boing e Antonio Fernando Boing
Coordenadora Executiva: Rosangela Leonor Goulart

AUTORIA DO MÓDULO
Alexandra Crispim Boing
Ronaldo Zonta
Fernanda Manzini

ASSESSORIA PEDAGÓGICA
Márcia Regina Luz

ASSESSORIA DE MÍDIAS
Marcelo Capillé

DESIGN INSTRUCIONAL
Adriano Sachweh

IDENTIDADE VISUAL, CAPA E PROJETO GRÁFICO
Laura Martins Rodrigues

DIAGRAMAÇÃO E ESQUEMÁTICOS
Karina Silveira

ESQUEMÁTICOS E ILUSTRAÇÕES
Tarik Assis Pinto

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA E ABNT
Vânia Moreira

Carta dos autores

Caro aluno, seja bem-vindo ao módulo Promoção do Uso Racional de Medicamentos na Atenção Básica.

O Uso Racional de Medicamentos (URM) tem sido bastante debatido pelo fato de as escolhas racionais terem impacto na eficiência do serviço e na resolutividade terapêutica, contribuindo para a prescrição e a utilização de medicamentos de modo mais racional.

Montamos esse módulo para apresentar a você um panorama do URM e ferramentas que o auxiliarão a ser um agente promotor do uso racional de medicamentos, contribuindo nas práticas do dia a dia da Atenção Básica de maneira racional e baseada em evidências científicas, em busca de promover melhor qualidade de vida para o usuário.

Bons estudos!

Objetivo do módulo

Instrumentalizar os profissionais da Atenção Básica para que possam promover o Uso Racional de Medicamentos, com foco em evidências científicas e estratégias para identificar e intervir na adesão ao tratamento.

Carga horária recomendada

30 horas

Sumário

Unidade 1 – Uso Racional de Medicamentos 9
1.1 Promovendo o Uso Racional de Medicamentos...10
1.2 Importância da seleção dos medicamentos essenciais.....15
1.3 Importância das evidências científicas.....17
1.4 Fechamento da unidade.....22

Unidade 2 – Escolhas racionais na Atenção Básica ...23
2.1. A Atenção Básica e o uso racional de medicamentos 24
2.2 Habilidades, ferramentas e conceitos que auxiliam nas escolhas racionais para a prescrição de medicamentos na AB.....28
2.3 Escolhas racionais.....40
2.4 Fechamento da unidade.....56

Unidade 3 – Promoção do uso racional de medicamentos: estratégias e desafios das equipes da Atenção Básica 57
3.1 Identificação dos problemas e desafios relacionados ao uso racional de medicamentos 58
3.2 Planejamento das ações e estratégias para promover o URM 62
3.3 Fechamento da unidade.....72

Encerramento do módulo.....73

Referências.....74

Minicurrículo dos autores.....79

Unidade 1

Uso Racional de Medicamentos

Nesta unidade, você conhecerá mais profundamente os conceitos relacionados ao Uso Racional de Medicamentos (URM) e à importância da racionalidade para a prática na Atenção Básica.

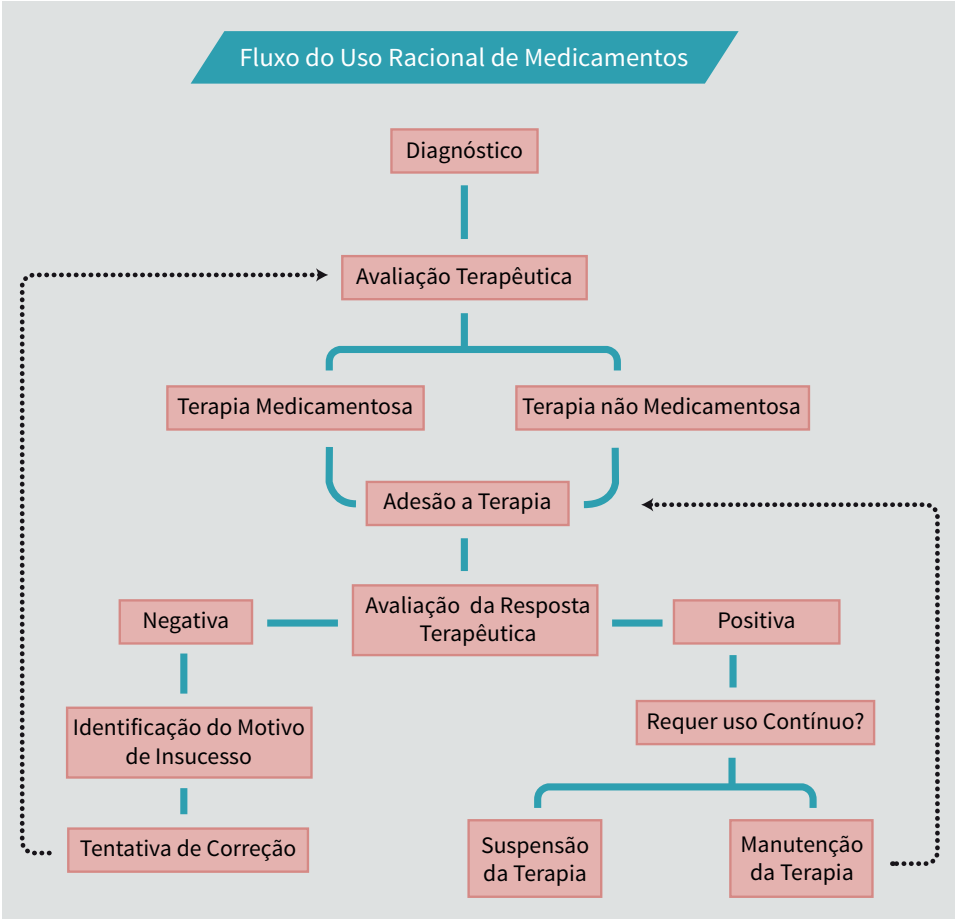
1.1 Promovendo o Uso Racional de Medicamentos

Considera-se Uso Racional de Medicamentos (URM) a situação em que os pacientes recebem os medicamentos apropriados à sua condição clínica, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para si e para a comunidade (WHO, 1985).

Para ser possível atingir o URM, é importante um conjunto de ações, como:

- diagnosticar corretamente;
- prescrever o tratamento correto, com as informações necessárias para o usuário, baseado em evidências científicas;

Fonte: Fotolia.



Fonte: Adaptado de Uso racional de medicamentos, 2010.

- prescrever de modo legível, a fim de evitar inclusive problemas de dispensação e administração;
- organizar o serviço, para que o usuário tenha acesso ao medicamento em quantidade suficiente e em tempo oportuno;
- promover a adesão ao tratamento;
- avaliar e monitorar o usuário quanto à resposta terapêutica ou para qualquer problema relacionado aos medicamentos.

Fonte: Fotolia.

No entanto, não podemos esquecer que promover o URM não é uma tarefa tão fácil, já que envolve um conjunto de atores que influenciam, direta e indiretamente, as etapas que promovem o URM. Os atores envolvidos nesse contexto são: o Estado; o mercado farmacêutico; os profissionais de saúde; e o usuário do serviço. A relação entre eles é conflituosa, na medida em que os interesses são diferentes, não há regulamentação eficaz do Estado e a conduta de muitos profissionais de saúde não está em consonância com o URM.

Ao mesmo tempo que temos ferramentas e evidências científicas suficientes para promover o URM, estamos inseridos em uma sociedade de consumo que enxerga o medicamento de maneira simbólica. Essa simbologia atribui ao medicamento um aspecto de magia, um poder absoluto, como se, por meio de uma pílula, pudesse ser resolvido qualquer problema de saúde. Assim, o medicamento é visto como uma mercadoria que faz com que o processo saúde doença seja reduzido ao aspecto orgânico, desconsiderando fatores causais de natureza social e comportamental (Lefevre, 1983).

Saiba mais

Para conhecer melhor a função simbólica do medicamento, acesse o artigo: http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101983000600007.

Esse aspecto é reforçado pelo *marketing* da indústria farmacêutica junto aos prescritores e aos usuários. Aliado à falta de informação, o *marketing* contribui, significativamente, para a automedicação inapropriada, o uso incorreto, a polifarmácia, os gastos desnecessários e a prescrição não orientada por diretrizes/protocolos, promovendo, dessa forma, a **medicalização**.

- Medicalização é um processo por meio do qual os indivíduos passam a entender questões não consideradas de ordem médica como se fossem problemas ou doenças que requerem intervenção médica.

Fonte: Fotolia.

Reflexão

Você e sua equipe já pensaram na simbologia que o medicamento tem para sua comunidade? Quais seriam as maneiras de trabalhar esse assunto nas escolas, nas consultas, na farmácia e na sala de espera?

O *marketing* junto aos profissionais é forte e inicia-se ainda durante o processo de formação. A pressão da indústria farmacêutica sobre os estudantes é crescente, tanto que a American Medical Association e a American Medical Student Association têm desenvolvido recomendações sobre a interação entre estudantes e indústria farmacêutica (AMS, 2011; AMSA, 2011). Estudos desenvolvidos em oito escolas médicas dos EUA, em 2003, identificaram que 93,2% dos estudantes foram convidados por um médico para participar de pelo menos um almoço ou evento patrocinado pela indústria farmacêutica, eventos esses nos quais receberam informações sobre medicamentos e brindes.

Evento patrocinado pela indústria farmacêutica

Fonte: Fotolia

Saiba mais

Para conhecer melhor as estratégias da indústria junto a profissionais e estudantes, acesse: http://www.nofreelunch.org/.

E, para saber mais sobre outras estratégias de marketing da indústria farmacêutica, procure ler o livro A VERDADE SOBRE OS LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS. Angell M. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record; 2007. 319 p.

Junto à população, a estratégia geralmente é vender situações com as quais muitas pessoas vão se identificar, levando-as a procurar o serviço de saúde para obter uma receita, já que viram uma propaganda sobre o assunto (Boing et al, 2010). O *marketing* pode até chegar às crianças, que querem *balinhas que fazem bem à saúde*.

Balinhas que fazem bem à saúde

Fonte: Fotolia

Reflexão

Você e sua equipe já foram abordados por algum representante de laboratório farmacêutico? Já receberam algum brinde? Pense criticamente no impacto desse contato e dos brindes na sua prática clínica. Não se esqueça de que não existe investimento que não busque retorno!

Observa-se que o uso irracional de medicamentos é um grande problema em todo o mundo, considerando todos os fatores que culminam na irracionalidade. Dados sobre os impactos na saúde também são alarmantes. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento, na atenção primária, menos de 40% dos usuários do setor público e de 30% dos usuários do setor privado recebem tratamento conforme protocolos terapêuticos. Além disso, os antibióticos são empregados de modo abusivo, sendo que, em alguns países da Europa, chega-se a utilizar antibióticos três vezes mais do que em outros países com características de serviços semelhantes (WHO, 2011).

Segundo Hepler (2000), as principais causas de morbidade relacionadas aos medicamentos são referentes às prescrições inadequadas, às reações adversas, à falta de acesso ao medicamento, à superdosagem, à subdosagem e aos erros de medicação, que têm repercussão direta no estado de saúde do usuário e nos gastos com saúde.

Fonte: Fotolia.

Estima-se que a adesão ao regime terapêutico fica em cerca de 50% no mundo. Considerando os países em desenvolvimento, esse percentual é ainda menor, principalmente pelo agravante de haver, aproximadamente, 50% de dispensação de medicamento de maneira inadequada, ou seja, sem instruções suficientes e problemas de rotulagem de medicamentos dispensados (WHO, 2011).

No Brasil, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox/Fiocruz) registrou cerca de 30 mil casos de intoxicações por uso de medicamentos. Apesar de não podermos afirmar, é possível que esses casos tenham ocorrido em função de uso terapêutico errado, por prescrição médica incorreta e por automedicação (SINITOX, 2015).

Fonte: Fotolia.

Em um levantamento de informações sobre a automedicação, verificamos uma prevalência em torno de 74% no país (ICQT, 2014). Parte dessa população realiza a automedicação por indicação de familiares, amigos e vizinhos, inclusive aumentando dosagens a fim de atingir resultados mais rapidamente (ICQT, 2014).

Quando avaliamos o acesso aos medicamentos no país, que pode ser um dos reflexos para altas prevalências de automedicação, observamos que, entre os usuários que tiveram prescrição no Sistema Único de Saúde (SUS), apenas 45,3% receberam todos os fármacos. Isso pode levar os indivíduos a situações delicadas, como piorar a situação financeira das famílias ou até mesmo levá-las à pobreza (BOING, 2013).

Alguns números em destaque

93,2%	Estudantes de Medicina, nos EUA, assediados pela indústria farmacêutica.
50%	Adesão a regime terapêutico, no mundo.
50%	Dispensação inadequada de mediamentos, nos países em desenvolvimento.
30 mil	Registros de intoxicações medicamentosas, no Brasil.
74%	Automedicação, no Brasil.
45,3%	Recebimento, pelos usuários, de todos os fármacos prescritos no SUS.

Percebemos que, realmente, temos ainda muito a fazer. A questão que envolve o URM é um problema global e requer dos países que implementem políticas básicas para assegurar o uso adequado de medicamentos.

1.2 Importância da seleção dos medicamentos essenciais

Como vimos há pouco, o *marketing* da indústria farmacêutica estimula as prescrições desnecessárias, o maior custo ao sistema de saúde e, como consequência, o uso irracional de medicamentos. Assim, é fundamental realizarmos uma seleção de **medicamentos essenciais**, para obtermos maior eficiência do serviço, com resolutividade terapêutica, contribuindo para a prescrição e a utilização mais racionais de medicamentos (Marin et al, 2003).

Fonte: Fotolia.

▸ Medicamentos essenciais são definidos como aqueles selecionados para situações prioritárias em saúde pública (OMS, 2002).

A seleção de medicamentos deve ser realizada com base em evidências científicas, avaliando a eficácia, a segurança, a conveniência, a qualidade e o custo. Esse processo de selecionar os medicamentos essenciais para compor uma lista de medicamentos a serem disponibilizados à população deve acontecer de modo múlti e interdisciplinar, sendo, na maioria das vezes, realizado por Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) existentes nas instituições.

A comissão de farmácia e terapêutica tem como uma de suas atribuições avaliar as listas de medicamentos essenciais, incorporando e excluindo medicamentos, conforme a necessidade da instituição. Vale lembrar que esse processo sempre deve ser respaldado pelas melhores evidências científicas existentes e ter a participação de profissionais das áreas de Farmácia, Medicina, Enfermagem e de outros profissionais que forem necessários para atender à complexidade das atividades, podendo, assim, ser incorporados profissionais de diferentes especialidades médicas, como dentistas, epidemiologistas e farmacologistas clínicos.

Essa seleção é um processo em que representantes da mesma classe terapêutica são comparados, sendo avaliado o benefício clínico, com base em forte evidência científica de eficácia e segurança, comprovada por robustos **ensaios clínicos randomizados (ECR)** ou **meta-análises e revisões sistemáticas**.

▸ Ensaio clínico randomizado, meta-análise e revisões sistemáticas são tipos de estudos epidemiológicos.

No Brasil, a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica recomenda a elaboração de listas estaduais e municipais, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Brasil, 1998; Brasil, 2004). Assim, por meio das listas Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

(REMUME), procuramos melhorar a qualidade da atenção à saúde, da gestão, da capacitação dos profissionais de saúde e da educação da população (Boing et al, 2010).

Saiba mais

Para saber como montar uma comissão de farmácia e terapêutica e conhecer os passos para seleção de medicamentos, acesse o livro "Assistência Farmacêutica para Gestores Municipais", disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=742&Itemid=423.

Entretanto, para que a seleção realmente possa se efetivar, devemos elaborar o Formulário Terapêutico, que contemplará as informações técnico-científicas sobre os medicamentos selecionados e que será utilizado pelos profissionais para consulta durante a prescrição, assim como para estudos.

Saiba mais

Para conhecer a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e o Formulário Terapêutico Nacional, acesse respectivamente http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/30/Rename-2014-v1.pdf e http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17491pt/s17491pt.pdf.

Fonte: Fotolia.

Após essa apresentação e a consulta aos materiais, podemos identificar com mais clareza a importância da seleção de medicamentos essenciais e a elaboração das listas e do formulário terapêutico. Afinal, é mais viável racionalizar a gestão, facilitar o controle dos estoques, capacitar os profissionais e informar melhor os usuários a partir de uma lista reduzida de medicamentos.

Reflexão

Você e sua equipe conhecem a lista de medicamentos do município?

Além disso, com base nas listas, protocolos terapêuticos têm sido desenvolvidos em vários países, assegu-

rando essa importância (Hogerzeil, 2004). A seleção de medicamentos essenciais tem repercussões importantes, conforme você pode observar na figura adiante.

Fonte: Adaptado de OMS, 2010.

Apesar do papel relevante da Lista de Medicamentos Essenciais, ainda observamos que grande parte dos profissionais desconhece tanto a lista, quanto a sua importância. Por isso, a divulgação das listas municipais e a adesão dos prescritores aos medicamentos nelas contidos é um desafio a ser transposto, a fim de melhorarmos o acesso da população a medicamentos e contribuirmos para o URM.

Reflexão

Vocês e sua equipe já realizaram grupos de estudos ou capacitações sobre os medicamentos da lista de medicamentos essenciais? Caso não, que tal montar um grupo de estudos? Tente mobilizar sua equipe!

1.3 Importância das evidências científicas

A informação é essencial à tomada de decisão. Conhecer a situação de saúde exige informações sobre o perfil de morbimortalidade, os principais fatores de risco e seus determinantes. Características demográficas e dados sobre os serviços são de extrema relevância, pois, por meio deles, é possível planejar, organizar, conduzir e avaliar o serviço de saúde, tornando-o mais efetivo e resolutivo, contribuindo para a melhoria da saúde da população. No caso dos medicamentos, isso não é diferente. Para realizar a seleção de medicamentos, elaborar a lista e o formulário terapêutico, precisamos de informação qualificada, ou seja, baseada em evidências científicas.

Na atenção à saúde, as evidências científicas são imprescindíveis ao atendimento individual e à abordagem coletiva, que gera desde a assistência à população nas unidades de saúde até o estabelecimento de políticas específicas e a formulação de planos, programas e ações de prevenção de doenças e promoção de saúde. Essas evidências trazem subsídios para o planejamento, a organização, a operação, o acompanhamento, a avaliação da eficácia, da eficiência e da efetividade das ações e dos serviços de saúde, com o objetivo de melhorar a condição de vida e saúde da população. A partir desses subsídios, podemos estabelecer prioridades, alocar e gerir recursos, com acompanhamento dos profissionais e da comunidade, por meio do controle social.

Fonte: Fotolia.

Entretanto, devemos lembrar que apenas tornar disponíveis grandes quantidades de informação não garante que elas contribuam para a melhoria da seleção de medicamentos. Precisamos que tais informações tenham qualidade e que o profissional seja capaz de interpretá-las.

1.3.1 Pesquisas científicas

Dentro do campo epidemiológico, existem inúmeros delineamentos de estudos. Entre as pesquisas de medicamentos, os mais utilizados são: estudos de casos, estudos caso-controle, estudos de coorte, ensaio clínico, revisão sistemática e meta-análise. Dentre esses estudos, a hierarquia estabelecida indica uma melhor qualidade dos seus achados (FUCHS, SC, FUCHS, FD, 2010), fundamental para a seleção de medicamentos.

Qualificação dos estudos que fundamentam os graus de recomendação

Nível do Estudo	Caracterização
I	Ensaio clínico randomizado com desfecho e magnitude de efeito clinicamente relevantes, corresnpondentes à hipótese principal em teste, com adequado poder e mínima possibilidade de erro alfa. Meta-análises de ensaios clínicos, comparáveis e com validade interna, com adequado poder final e mínima possibilidade de erro alfa.
II	Ensaio clínico randomizado que não preenche os critérios do nível I. Análise de hipóteses secundárias de estudos de nível I.
III	Estudo quase-experimental com controles contemporâneos selecionados por método sistemático independente de julgamento clínico. Análise de subgrupos de ensaios clínicos randomizados.
IV	Estudo quase-experimental com controles históricos. Estudos de corte.
V	Estudos de caso e controles.
VI	Séries de casos.

A partir do nível do estudo, Fuchs e Fuchs (2010) propõem graus de recomendações terapêuticas. Essas recomendações podem ser, inclusive, utilizadas como parâmetros pelas CFTs na análise de seleção de medicamentos e na incorporação ou exclusão de medicamentos.

Graus de recomendações terapêuticas

Graus de Recomendação	Caracterização
A	Pelo menos um estudo de nível I.
B	Pelo menos um estudo de nível II.
C	Pelo menos um estudo de nível III ou dois de nível IV ou V.
D	Somente estudos de nível VI. Recomendações de especialistas.

Saiba mais

Para saber mais sobre os diferentes tipos de estudo, consulte http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf e http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/9788572888394_por.pdf.

Entretanto, para podermos utilizar essas informações, devemos conhecer alguns conceitos e realizar a interpretação dos resultados dos estudos científicos.

Reflexão

Você e sua equipe já tinham pensado nos diferentes níveis de evidência científica e na importância dessa para a escolha racional dos medicamentos?

Fonte: Fotolia.

1.3.2 Interpretação básica de estudos científicos

Sobre a interpretação de resultados de estudos científicos, vamos tomar como exemplo o resultado de um estudo a respeito do uso de estrógeno mais progesterona para prevenção de doenças coronarianas em mulheres pós-menopausa, publicado no Journal of the American Medical Association (JAMA). Seguem algumas informações importantes do artigo:

Objetivo: determinar se a terapia de estrógeno mais progesterona altera o risco de eventos coronarianos em mulheres pós-menopausa com doenças coronárias já estabelecidas.

Delineamento: ensaio clínico randomizado, no qual os indivíduos foram colocados aleatoriamente nos grupos que receberam o medicamento e o placebo e o estudo foi cego, ou seja, os pesquisadores não sabiam quais indivíduos receberam o medicamento e quais receberam o placebo.

Participantes: 2.763 mulheres com doença coronariana, com média de idade de 66,7 anos.

Intervenção: 1.380 mulheres receberam estrógeno mais progesterona e 1.383 receberam placebo, com média de seguimento de 4,1 anos.

Observe a tabela a seguir, que é parte do artigo proposto.

Desfechos cardiovasculares por grupo de tratamento

Desfechos	Grupo de tratamento		RH ($IC_{95\%}$)	Valor de *p*
	Estrogeno-Progesterona n = 1.380	Placebo n = 1.383		
Eventos CHD primários	172	176	0,99 (0,80-1,22)	0,91
Morte CHD	71	58	1,24 (0,87-1,75)	0,23
IM não fatal	116	129	0,91 (0,71-1,17)	0,46
Outros desfechos cardiovasculares				
Ponte de safena	88	101	0,87 (0,66-1,16)	0,36
Vascularização percutânea	164	175	0,95 (0,77-1,77)	0,62
Hospitalização por angina	103	117	0,89 (0,68-1,16)	0,38
Hospitalização por falha congestiva	128	112	1,07 (0,84-1,38)	0,58
Parada cardíaca ressuscitada	19	13	1,48 (0,73-3,00)	0,28
Outros eventos coronarianos	3	1	3,03 (0,32-29,1)	0,34
Doença arterial periférica	94	108	0,87 (0,66-1,15)	0,34
Acidente vascular/Ataque isquêmico transitório	108	96	1,13 (0,85-1,48)	0,40

Fonte: HEPLER (2000). Tradução livre do autor.

Verifique que, na primeira coluna, temos os desfechos em que foram comparados os dois grupos de tratamento (colunas 2 e 3). Na coluna 2, temos o número de indivíduos que receberam estrógeno e progesterona e os quantitativos de pessoas que tiveram os desfechos presentes na coluna 1. Na coluna 3, temos os quantitativos de pessoas que tiveram os desfechos presentes na coluna 1 e que utilizaram placebo.

Já na coluna 4, estão apresentados os valores de risco relativo, apresentados com a abreviação RR ou RH. Quando os valores de RR ou RH são > 1,0, significam que existe um risco; quando são < 1,0, indicam proteção. Verifique que, na coluna 4, a maior parte dos valores é menor que 1, o que indica proteção.

No entanto, para afirmar que isso não ocorreu ao acaso, precisamos verificar o intervalo de confiança e o **valor de *p***, que nos traz a informação da significância estatística.

▸ Trata-se de um valor arbitrário que indica o resultado da hipótese. Os estudos que adotam o valor *p* =< 0,05 indicam que o resultado é estatisticamente significativo.

Fonte: Fotolia.

Intervalo de confiança

Apresenta os limites dos valores encontrados, ou seja, dentro do intervalo, é provável que encontremos o valor da população em estudo. Quanto menor o intervalo de confiança, melhor, pois indica um tamanho de amostra maior. Quando o valor de RR ou RH for significativo, o valor do intervalo não conterá a unidade.

Em alguns estudos, apenas o intervalo de confiança (IC) é apresentado para identificarmos a significância estatística. Nos ensaios clínicos, os intervalos de confiança mais comuns são 95%, 98% e 99%. No intervalo 95%, temos 95% de certeza de que os valores encontrados estão dentro do intervalo apresentado.

Observando a coluna 4, primeira linha, veja que o RH dos eventos coronarianos primários foi de 0,99 com um $IC_{95\%}$ de (0,80 a 1,22). Esse resultado indica que o RH foi menor que 1, ou seja, correspondente à proteção. Entretanto, quando analisamos a significância estatística $IC_{95\%}$ (0,80 a 1,22), observamos que o valor 1,0 está contido nesse intervalo, portanto não é estatisticamente significativo.

Na coluna 5, temos o valor de *p* e, para esse caso, o valor de p foi igual a 0,91, ou seja, maior que 0,05. Assim, esse valor de p indica que não existe significância estatística. Veja que, tanto o $IC_{95\%}$ como o valor de *p*, apresentam a mesma informação. Desse modo, você encontrará em alguns artigos a apresentação de apenas uma das medidas ($IC_{95\%}$ ou o valor de *p*).

Verifique que, na coluna 5, todos os valores de *p* foram maiores que 0,05. Assim, todos os resultados são sem significância estatística.

Fonte: Fotolia.

Saiba mais

Para aprender como interpretar criticamente um ensaio clínico, acesse: http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/128/065a072_farmacoterapeutica.pdf.

A conclusão do estudo foi de que o tratamento com estrógeno e progesterona não reduz os eventos coronarianos em mulheres com doenças já estabelecidas.

Link

Você e sua equipe podem clicar no link a seguir e interpretar, juntos, os resultados da Revisão da Cochrane sobre terapia hormonal em mulheres pós-menopausa: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25754617.

A interpretação dos estudos científicos é fundamental para a tomada de decisão. Veja que, para o uso racional, a informação racionalizará a prescrição, indicando-se o tratamento mais adequado. Assim, na seleção de medicamentos, você deverá indicar o medicamento com melhores resultados. Além disso, com esse tipo de informação, você e sua equipe já poderão estudar e montar protocolos clínicos para racionalizar, ainda mais, as condutas, trazendo benefícios para o serviço e para a população.

Saiba mais

Adiante, temos algumas sugestões de leituras complementares:

EL DIB, Regina Paolucci. Como praticar a medicina baseada em evidências. J. vasc. bras. [online]. 2007, vol. 6, n. 1 [cited 2016-06-15], pp.1-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492007000100001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. ISSN 1677-5449.

WANNMACHER, Lenita. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, v. 4, n. 3, p. 23-29, 2010.

Fonte: Fotolia.

1.4 Fechamento da unidade

Nessa unidade, apresentamos alguns subsídios teóricos e práticos para abordagem crítica do uso racional de medicamentos na Atenção Básica. Vimos o uso racional de medicamentos, com base nos principais conceitos e no panorama situacional da temática. Além disso, analisamos como questões sobre as evidências científicas em ensaios clínicos oferecem elementos para análise de resultados dos estudos, com vistas a obter maior resolutividade nas situações de saúde.

Fundamentados nesses estudos, aprofundaremos, na próxima unidade, os conhecimentos necessários para tomar decisões baseadas em evidências científicas.

Unidade 2

Escolhas racionais na Atenção Básica

Ao final desta unidade, esperamos que você tenha mais conhecimentos e habilidades para tomar decisões clínicas baseadas em evidências e indicar ou prescrever racionalmente medicamentos para as situações clínicas mais prevalentes na Atenção Básica.

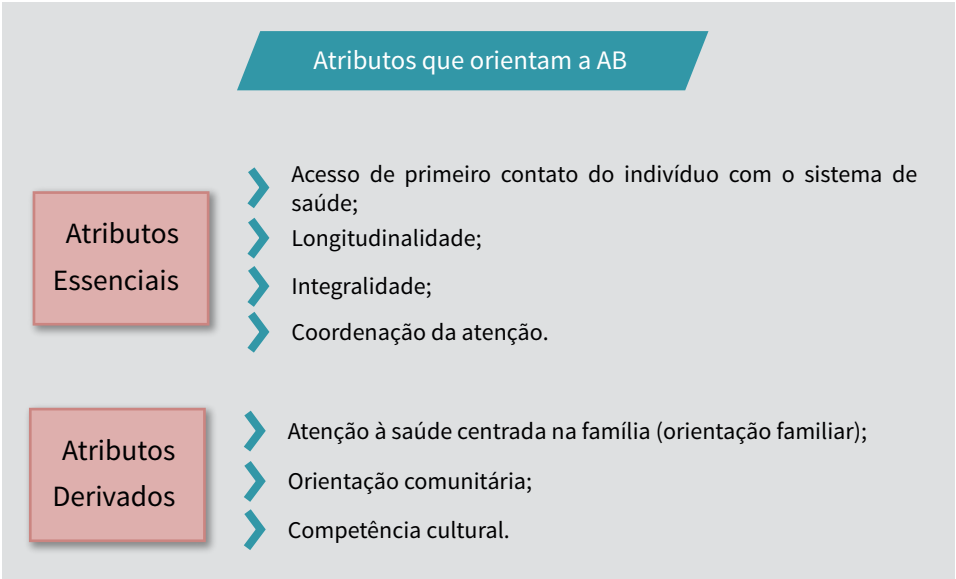
2.1. A Atenção Básica e o uso racional de medicamentos

> “Um sistema de saúde com forte referencial na atenção primária à saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade social.” (Bárbara Starfield)

A Atenção Básica (AB), também conhecida como Atenção Primária em Saúde (APS), é uma forma de organizar e estruturar os serviços de saúde. Trata-se da *porta de entrada* do sistema, sendo responsável por atender diversas demandas e necessidades de determinada população e coordenar o cuidado delas em relação aos demais níveis do sistema.

Fonte: Fotolia.

A AB orienta-se por alguns eixos/elementos estruturantes, conhecidos como atributos, sendo eles essenciais e derivados, conforme o esquema adiante.



Conheça adiante os **atributos essenciais** da AB:

Porta de entrada/primeiro contato

A AB é o primeiro local que uma pessoa pensa em procurar quando apresenta uma demanda, uma queixa, um problema ou uma dúvida em relação a sua saúde, seja esse um problema novo ou um novo episódio de um problema antigo.

Se essa pessoa tem como referência sua equipe da ESF e consegue **acesso fácil e rápido** para resolver seu problema, ela terá diversas vantagens: precisará realizar menos consultas, menos exames ou menos cirurgias para resolver um mesmo problema; terá acesso mais adequado, rápido e de maior qualidade aos outros serviços e ações de saúde que vier a precisar.

Fonte: Fotolia.

Coordenação do cuidado

Sabemos que as necessidades em saúde são múltiplas e complexas, requerendo profissionais de diversas categorias, bem preparados e atuando de maneira bem coordenada. Para serem resolvidas algumas questões de saúde, esses profissionais precisarão de uma boa articulação com os demais serviços de saúde na atenção secundária (consultas com especialistas em policlínicas e Centro de Atenção Pisicossocial (CAPS), por exemplo), na terciária (cuidados hospitalares) e em outros espaços, como escolas e Centros Referência de Assistência Social (CRAS).

Nesse sentido, é papel das equipes de saúde da família responsabilizarem-se pelo paciente e sua família, coordenando o cuidado dele, ou seja, realizando e garantindo troca de informações (referências e contrarreferências) de maneira adequada e eficiente. A realização de interconsultas entre os profissionais, estratégias de matriciamento (como as usadas com o NASF), encontros para discussão de casos com profissionais de diversos pontos de atenção e uso de ferramentas de teleconsultoria (como telefone e *e-mail*) são fundamentais para consolidar a coordenação do cuidado realizada pelos serviços da AB.

Longitudinalidade, continuidade do cuidado e estabelecimento de vínculo

Significa que uma pessoa tem um vínculo de confiança com um ou mais profissionais de saúde de sua equipe de referência ao longo do tempo, sendo que procura esses profissionais para qualquer tipo de problema e é reavaliada por eles. Ou seja, ela realiza um atendimento de urgência por dor de garganta e é reavaliada pelo mesmo profissional médico ou enfermeiro em dois dias, por exemplo. Da mesma forma, essa pessoa pode ser acompanhada na sua gestação, nos seus atendimentos por gripes/resfriados, tem seu filho acompanhado pela equipe e, quando entra na menopausa, conta com os mesmos médicos e enfermeiros que a conhecem há muitos anos para atendê-la nessa fase da vida.

Fonte: Fotolia.

Integralidade e abrangência do cuidado

Tem a ver com a capacidade de uma equipe de identificar e lidar com os mais diversos problemas de saúde de sua população, atuando em prevenção, tratamento, reabilitação e promoção de saúde, seja resolvendo-os ou encaminhando-os, adequadamente, para que recebam cuidados em outros pontos do sistema de saúde, como ambulatórios especializados em policlínicas ou hospitais, quando necessário. Quanto mais serviços eficazes são ofertados pela equipe, melhor a atenção em saúde prestada. Isso quer dizer que é muito importante ampliar a oferta dos serviços, mas também selecionar quais são esses serviços, pois alguns podem não ser eficazes, outros podem ter um custo desproporcional a sua efetividade e outros podem causar danos.

É importante você saber que as pessoas com acesso a um serviço de AB de qualidade e que consultam com os mesmos profissionais têm menor probabilidade de internarem-se em um hospital por condições chamadas de **sensíveis à AB** (problemas de saúde que podem ser prevenidos, tratados ou controlados se a pessoa tiver uma equipe de saúde da família como referência ao longo do tempo). Estudos demonstram que essas pessoas internarão menos por complicações de doenças como hipertensão arterial, diabetes e pneumonias. Além disso, pesquisas mostram que elas seguem melhor os tratamentos propostos, necessitam usar menos os serviços de urgência, como UPAs e emergências hospitalares, descobrem cânceres em estados mais precoces e realizam mais cuidados de prevenção.

Saiba mais

Para entender o papel da atenção primária como um foco de organização dos sistemas de saúde, por meio de evidências científicas disponíveis sobre sua utilidade, consulte o livro "Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia", disponível em: http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/5_ATENCAO_PRIMARIA_STARFIELD.pdf

Fonte: Ministério da Saúde

Saúde da Família

No Brasil, a AB vem se tornando uma realidade no SUS por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é organizada para que cada pessoa seja vinculada a uma equipe de saúde, composta por um médico generalista ou Médico de Família e Comunidade (MFC, profissional especialista no cuidado de pessoas de todos os tipos na AB), um enfermeiro, técnico(s) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

As equipes realizam um cuidado abrangente (**integralidade**) tanto com ações curativas, preventivas, de reabilitação e promoção de saúde quanto atendendo de individualmente (em consultório ou em domicílio) ou coletivamente (grupos). Além disso, responsabilizam-se pela coordenação do cuidado de um ou mais problemas de saúde de uma pessoa, família ou comunidade ao longo do tempo (**longitudinalidade**). Elas são apoiadas e trabalham em conjunto com as Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o que contribui para ampliar a resolutividade dos problemas de saúde da população.

A equipe da ESF é responsável pelo atendimento e resolução de **80% a 90%** dos problemas de saúde. É referência para os problemas de saúde de uma população que procurará os serviços de Centro de Saúde para as mais diversas queixas e demandas, como:

- avaliar um quadro febril ou uma crise de asma;
- retirar um nevo, uma verruga ou avaliar um abscesso;
- escolher um método contraceptivo (ou inserir um DIU);
- perguntar sobre exames de rotina (*check-up*);
- levar seu avô, que anda muito esquecido e toma medicamentos para HAS e DM;
- iniciar seu seguimento pré-natal (ou de sua esposa-namorada).

Fonte: Shutterstock.

A equipe da ESF é responsável pelo atendimento e resolução de 80% a 90% dos problemas de saúde.

Boas práticas

Diversos municípios têm criado carteiras de serviços para a AB, documentos listando quais são os serviços essenciais oferecidos pelos Centros de Saúde, visando a uma maior homogeneidade na oferta entre suas diversas equipes. Da mesma forma, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) construiu recentemente um documento listando as habilidades e competências que deve ter um médico que atua na AB. Em ambos os documentos, encontraremos a oferta das Práticas Integrativa e Complementares (PIC) como serviços a serem ofertados pela AB e pelo MFC. Conheça alguns exemplos:

Carteira de Serviços de Florianópolis-SC
http://carteira.apsfloripa.org/

Currículo de competências para a Medicina de Família e Comunidade
http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf

É importante que você perceba como uma Atenção Básica bem estruturada, composta por profissionais especialistas em AB (como o Médico de Família e Comunidade e o Enfermeiro Especialista em Saúde da Família) e com fácil acesso contribui para o uso racional de medicamentos.

A AB é lócus privilegiado para que você possa oferecer, aos seus pacientes, escolhas mais racionais para as diversas queixas e demandas. Com um acesso adequado e facilitado, com longitudinalidade e coordenação do cuidado, é possível reduzir, por exemplo, a prescrição de antibióticos para sinusites e otites. Considere que, se um paciente procura atendimento de urgência em um serviço como uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) ou Emergência Hospitalar com esses problemas, será avaliado por um profissional que não o conhece e que dificilmente virá a avaliá-lo novamente. Mas, se

Fonte: Fotolia.

esse paciente for atendido pelos profissionais de sua Equipe de Saúde da Família, do Centro de Saúde de seu bairro, de acordo com a condição clínica, o mesmo profissional poderá lhe propor condutas mais expectantes. Além disso, terá a possibilidade de reavaliar esse paciente em 24-48 h, conseguindo maior precisão quanto à necessidade ou não do uso de um antibiótico para sinusites e otites.

2.2 Habilidades, ferramentas e conceitos que auxiliam nas escolhas racionais para a prescrição de medicamentos na AB

Vamos agora conhecer algumas habilidades, ferramentas e conceitos que ajudarão você a oferecer escolhas racionais a seus pacientes. Vamos discutir algumas delas e propor ideias de como você pode aplicá-las no cotidiano de seu trabalho.

2.2.1 Acolhimento e acesso avançado

Como você já aprendeu, ter um serviço de AB forte contribui para praticar o uso de escolhas racionais.

> **!** Uma AB forte e resolutiva depende, principalmente, de um acesso facilitado, em que a pessoa vinculada àquela equipe consiga um atendimento quando precisa, no horário mais adequado e com a forma de agendamento mais confortável.

Sabemos que, para *tirar do papel* esse modelo de AB, temos de superar vários desafios. Diversas pesquisas, que usam um dos instrumentos mais validados para medir os atributos da AB, o PCATool, demonstram que um dos atributos em que mais precisamos avançar é o acesso de primeiro contato/porta de entrada. Sem esse atributo, não há como desenvolver os demais, ou seja, se o paciente não consegue acesso facilitado à sua equipe, não terá acesso aos demais atributos, como coordenação do cuidado e integralidade. Para avançarmos nisso, precisamos superar modelos de acolhimento, acesso e formas de marcação e agendamento de consultas burocratizados.

Link

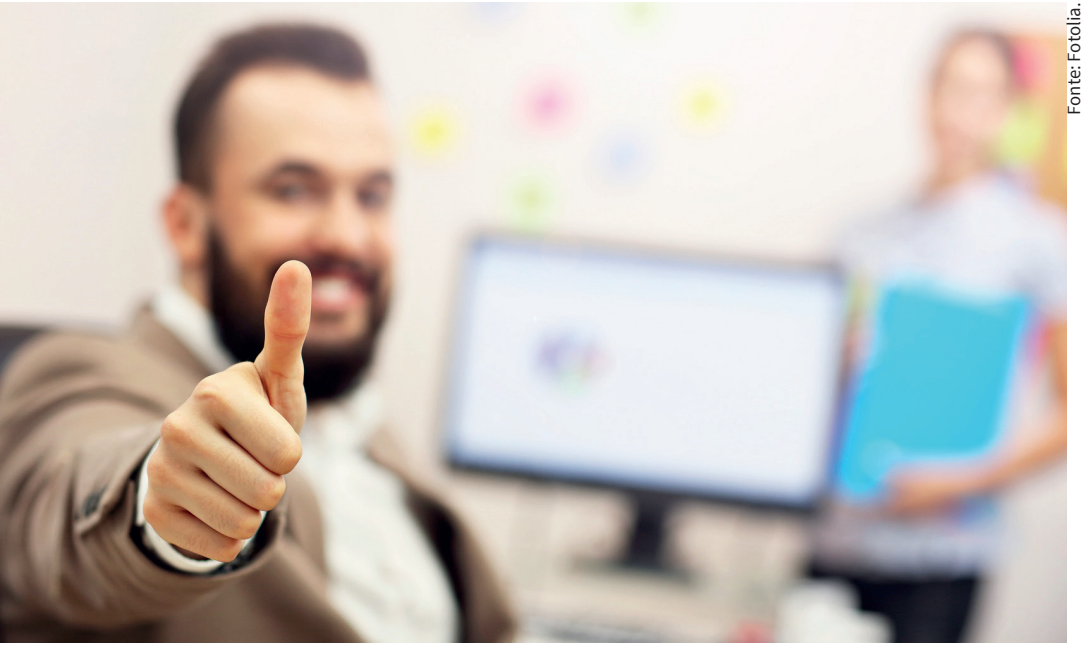
O PCATool Brasil está disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf.

Muitas equipes ainda realizam marcação de consultas somente em dias específicos, com tempos de espera de mais de sete dias ou até algumas semanas, funcionando somente com o acesso programático, ou seja, reservando vagas para programas ou populações específicas, como hipertensos, diabéticos, crianças, gestantes, idosos, pessoas com tuberculose ou hanseníase. Nelas, a carteira de serviços ofertada (abran-

gência) é limitada para ações de cuidados de casos crônicos e de prevenção. Assim, o médico vira *especialista em pacientes crônicos estáveis*, a enfermeira ocupa a maior parte de seu tempo em atividades burocráticas e pouco exerce a clínica, o técnico de enfermagem não é referência de uma equipe específica e os ACS realizam tarefas burocráticas de cadastramento em detrimento de ações de cuidado em saúde.

Reflexão

Procure conhecer os dados sobre quantidade e frequência de consultas dos pacientes de sua equipe na UPA durante o horário de funcionamento do Centro de Saúde. Faça uma reflexão sobre o acesso com base nesses dados. Por que esses pacientes, em vez de procurar a equipe para resolver esses problemas de saúde, estão indo à UPA?



Fonte: Fotolia.

Esse formato tradicional não atende (ou limita o atendimento de) condições agudas de urgência e emergência, que seriam mais bem resolvidas na AB, lotando desse modo as UPAs e emergências hospitalares mesmo durante os horários de funcionamento dos Centros de Saúde. Também temos como consequência a Lei de Cuidados Inversos. Um exemplo disso seria a negação de atendimento a uma paciente profissional do sexo, não frequentadora do Centro de Saúde, que vem às 11 h para consultar em função de uma unha encravada. Ao não a atendermos, perdemos a oportunidade de avaliar seu *status* sorológico para ISTs e sua rotina de rastreamento de câncer de colo de útero (visto que as profissionais do sexo são uma população de risco). Por outro lado, a equipe realiza, desnecessariamente, de ano em ano, o citopatológico do colo do útero em mulheres casadas, sem fatores de risco e que frequentam regularmente o Centro de Saúde.

Saiba mais

A Lei de cuidados inversos foi concebida em 1971 por Julian Tudor Hart e diz que o acesso à atenção médica ou social de qualidade varia inversamente à necessidade de saúde de uma população. Se quiser se aprofundar quanto a este tema, acesse (em inglês), "The inverse care law", disponível em: http://www.sochealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-inverse-care-law/.

Procure ler também o artigo "Lei de prevenção inversa: é possível que as intervenções em saúde pública aumentem as desigualdades sociais?", de Gabriela Lamarca e Mario Vettore, disponível em: http://dssbr.org/site/opinioes/lei-de-prevencao-inversa-e-possivel-que-as-intervencoes-em-saude-publica-aumentem-as-desigualdades-sociais/.

Para propor alternativas a esse modelo, vêm surgindo diversas propostas, como o acolhimento e o acesso avançado.

A proposta do **acolhimento** traz para a equipe a reflexão de que acolher é uma postura e uma prática que deve estar presente em todos os encontros entre pacientes e profissionais de saúde, estando esses dispostos a reorganizar o processo de trabalho, com o fim de ampliar o acesso e receber/escutar todas as pessoas que procuram atendimento, o que se convenciona chamar de escuta qualificada. O modelo de acesso deixa de ser realizado pelo *pessoal do balcão* dos Centros de Saúde (geralmente profissionais administrativos), sob o critério de ordem de chegada, e passa a ser feito pelos profissionais de saúde de maneira qualificada e humanizada, com avaliação de risco e vulnerabilidade na priorização dos casos. Nos mais diversos modelos, a primeira escuta pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, de preferência da equipe de referência da pessoa – incluindo os ACSs.

O paradigma do **acesso avançado**, por sua vez, visa reorganizar o processo de trabalho e as formas de agendamento, para oferecer um melhor acesso com os mesmos recursos profissionais, objetivando que o paciente consiga uma avaliação ou consulta com sua equipe de referência no momento mais adequado, de acordo com sua necessidade, preferencialmente em até 48 h.

Fonte: Fotolia.

Boas práticas

Nos dois links a seguir, temos casos que exemplificam modelos alternativos.

Conheça novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na APS em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/cartilha%20acesso%20avan%C3%A7ado%2005_06_14.pdf.

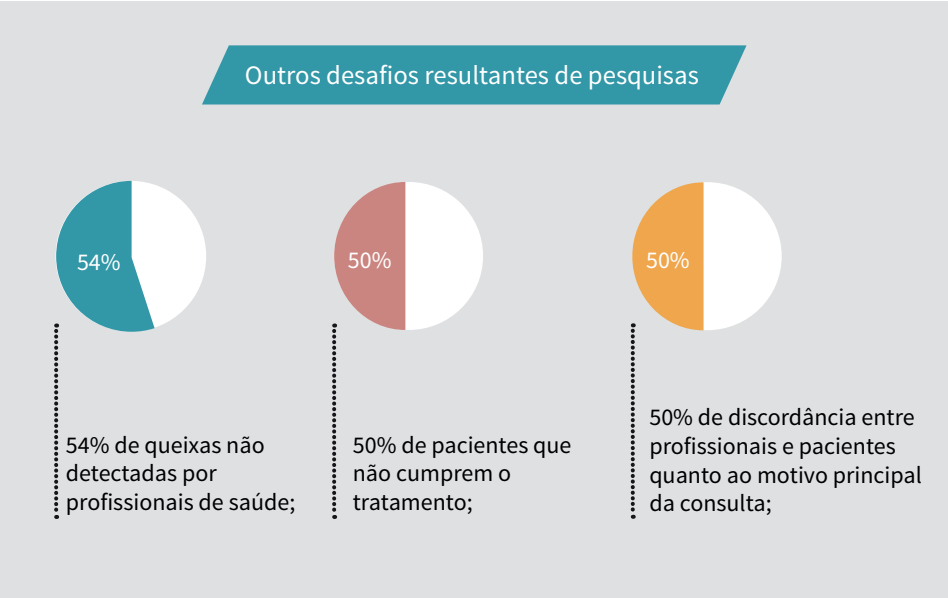
Assista ao vídeo "Gestão da clínica: experiência de uma UBS de Florianópolis" em: https://www.youtube.com/watch?v=ZyrwI8ztFvs.

2.2.2 Habilidades de comunicação, método clínico centrado na pessoa e *shared decision* (decisão compartilhada)

Um dos nossos grandes desafios como profissionais de saúde, ao propormos escolhas mais racionais para o uso de medicamentos, é que a pressão para a indicação de determinados medicamentos ou condutas muitas vezes vem do próprio paciente. Por exemplo: quantas vezes você não se deparou com crianças que apresentavam sintomas de dor de garganta de curta evolução e com características de etiologia viral, mas as mães solicitaram antibioticoterapia, pois é só o que funciona?

Outro desafio é a nossa dificuldade para motivar os pacientes para mudanças de estilo de vida que poderiam reduzir ou evitar o uso de medicamentos. Por exemplo: situações cujo paciente faz uso abusivo de analgésicos para uma cefaleia tensional, mas não tem motivação para atuar sobre fatores de estilo de vida que podem ser os gatilhos e causadores da dor.

Somam-se a isso pesquisas que indicam que 54% das queixas dos pacientes não são detectadas pelos profissionais, 50% dos pacientes não cumprem total ou parcialmente o tratamento e, em 50% das consultas, profissionais e pacientes não estão de acordo sobre o motivo principal da consulta.



Para propor alternativas racionais na prescrição de medicamentos e prescrições não medicamentosas para seus pacientes, é fundamental o treinamento em **habilidade de comunicação clínica** e em **medicina centrada na pessoa**. Essas habilidades permitem que o profissional consiga fazer uma consulta mais personalizada e com maior capacidade de ajudar o paciente a realizar uma decisão compartilhada (*shared decision*) e a motivá-lo para as abordagens propostas.

Uma dica seria você buscar conhecer sentimentos, ideias e expectativas dos pacientes nas consultas. Para isso, você deve acostumar-se a perguntar a eles sistematicamente nas suas consultas, sejam elas de rotina ou de urgência:

- **O que você acha que você tem?**
- **O que está lhe preocupando em relação a isso?**
- **Como você acha que eu posso lhe ajudar?**

Conhecendo esses aspectos do entendimento do paciente sobre sua condição de saúde, fica mais fácil propor e negociar escolhas racionais. Por exemplo: no caso de uma paciente cujo diagnóstico é de Transtorno Mental Comum (ou seja, sem critérios diagnósticos de Transtorno Depressivo ou Transtorno de Ansiedade Generalizada), é importante saber se a ideia da paciente é de que *ela está com depressão*, se está preocupada por ter *medo de piorar e não melhorar* e se sua expectativa é de que *o tratamento será com o uso de um antidepressivo*. A partir desse conhecimento, fica mais fácil negociar e decidir de modo compartilhado como realizar o tratamento, ajudando a paciente a fazer escolhas racionais para a prescrição ou não de antidepressivo.

Fonte: Fotolia.

Outro aspecto importante do treinamento em habilidades de comunicação clínica é aprender a lidar com a incerteza, componente indissociável da clínica, principalmente na AB, em que a maioria dos pacientes apresenta queixas inespecíficas e problemas indiferenciados. Frente à incerteza, muitas vezes decidimos por condutas que levam ao excesso de tratamentos (*overtreatment*), fazendo escolhas pouco racionais.

Saiba mais

Conheça e se aprofunde mais no assunto! Procure ler, informar-se e participar de cursos e formações em habilidades de comunicação e medicina centrada na pessoa.

Conheça o site do Grupo de Trabalho de Comunicação e Saúde da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC): https://gtcomunicacaoesaude.wordpress.com/.

Acompanhe a discussão de um caso complexo em AB, "A incerteza, a consulta, a medicina centrada na pessoa e os riscos: caso clínico", disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Caso_11.pdf.

2.2.3 Prevenção quaternária

Apesar de o avanço tecnológico ter trazido uma série de avanços para a melhoria da qualidade de vida da população, a medicina moderna ocidental passa por uma crise ao se afastar das técnicas nucleares do cuidado, que são a anamnese e o exame físico (tecnologias leves), e colocar no centro do cuidado os exames complementares (tecnologias duras). Ao exercermos a medicina dessa forma, observamos diversas limitações para o cuidado das pessoas, seja não compreendendo algumas de suas queixas, por não se enquadrarem em padrões de doenças, seja oferecendo respostas muitas vezes iatrogênicas, que pertencem ao universo de entendimento dos médicos, sem exercer comunicação efetiva com a sociedade em geral.

Soma-se a isso o número de estudos e pesquisas sobre os danos que a *medicalização* de alguns problemas de saúde causa às pessoas, como o excesso de exames e seus falsos-diagnósticos. Por exemplo: o caso do rastreamento de câncer de próstata, que foi amplamente recomendado até pouco tempo atrás e hoje é proscrito, em função da possibilidade de intervenções desnecessárias, que não prolongam a vida do paciente e trazem risco à sua qualidade de vida. Há também os efeitos colaterais de medicamentos/tratamentos muitas vezes usados de modo desnecessário. Por exemplo: a crescente resistência bacteriana como consequência do uso irracional de antibióticos para tratamento de patologias como otites e sinusites não complicadas. Por fim, temos a discussão sobre *disease mongering* e a criação de doenças imaginárias.

Fonte: Fotolia.

Vamos falar agora sobre *disease mongering* e prevenção quaternária, dois conceitos e movimentos que procuram resgatar o princípio do ***primum non nocere***.

▸ "Em primeiro lugar, não fazer mal"

Disease mongering

Atualmente, emergem conceitos denominados *disease mongering*, *selling sickness* e *doctor shopping*. Esses são três grandes fenômenos de um mercado notoriamente lucrativo e que enfrenta agora o desafio de expansão exponencial a níveis nunca antes alcançados, segundo um simples princípio: o lucro obtido com as pessoas com patologias já é considerável, porém poderá ser ainda maior se for abarcado o grupo das pessoas não doentes.

O *disease mongering* tem uma tradução portuguesa grosseira para *comercializar a doença*. Consiste no fenômeno de fomentar uma preocupação generalizada, indiscriminada e inadequada entre as pessoas da população geral, não doentes, sobre o eventual surgimento de uma doença que coloque em risco suas vidas ou sua qualidade de vida, elevando a necessidade de atitudes (lucrativas para terceiros) para reduzir esse risco.

Estimulada por entidades com fins lucrativos, a intensa propaganda de indução desse receio consegue atingir também os médicos, por meio de estratégias bem montadas, envolvendo, às vezes, outros profissionais de saúde, denominados *opinion leaders* ou formadores

Fonte: Fotolia.

de opinião. Essas estratégias visam estreitar os limites do normal e alargar o que passa a ser considerado patológico, incentivando a medicalização.

Saiba mais

Saiba mais sobre disease mongering acessando: http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/853.

Prevenção quaternária

Desde os tempos de Hipócrates, a humanidade conhece o potencial de dano do tratamento médico. O princípio *primum non nocere* é um dos mais importantes da ética médica. Com a evolução da medicina, conseguimos reduzir consideravelmente algumas iatrogenias, mas criamos novas formas tão danosas quanto as do passado, muitas delas pelo uso excessivo, desnecessário e (ou) mal indicado da tecnologia (exames, remédios...) na prevenção e no tratamento de doenças.

Fonte: Fotolia.

Concebido em 1986 e apresentado pela primeira vez em 1995, pelo médico de família Marc Jamoulle, da Bélgica, o conceito de prevenção quaternária se contrapõe à iatrogenia médica do século XXI e visa identificar pacientes em risco de excessos de tratamentos e diagnósticos médicos, protegendo-os de uma nova invasão médica e propondo alternativas eticamente aceitáveis.

Conhecer e exercitar os princípios da prevenção quaternária durante as suas consultas é promover e fazer escolhas racionais.

Saiba mais

A seguir, apresentamos uma série de fontes de consulta para você aprofundar seus conhecimentos sobre prevenção quaternária.

Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – especiais sobre Prevenção Quaternária

https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/issue/view/44/showToc e https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/issue/view/40

BMJ: Too Much Medicine. Site com artigos da campanha do grupo BMJ sobre sobrediagnósticos e sobretratamentos.

http://www.bmj.com/too-much-medicine

JAMA Less is More. Site com artigos da campanha do JAMA sobre sobrediagnósticos e sobretratamentos.

http://jamanetwork.com/collection.aspx?categoryid=6017

2.2.4 Lidando com as técnicas de *marketing* da indústria farmacêutica

A indústria farmacêutica utiliza diversas técnicas de *marketing*, voltadas tanto aos pacientes quanto aos profissionais de saúde. Entre elas, destacam-se a visita de representantes da indústria farmacêutica, a distribuição de amostras grátis, convites para eventos e viagens pagos pela indústria, bem como o patrocínio de congressos médicos.

Apesar de muitos profissionais de saúde terem a impressão de que não são afetados pela propaganda, pesquisas internas da própria indústria informam que essas técnicas são pensadas e aplicadas de modo eficaz, aumentando as vendas de seus produtos e nem sempre tendo como objetivo final a prestação de um melhor cuidado ao paciente. Ao receber os representantes da indústria farmacêutica com suas rápidas e precisas visitas periódicas, você acaba sendo influenciado com informações sobre tratamentos a partir das pesquisas das próprias companhias farmacêuticas, em vez de se reportar a fontes mais isentas e baseadas em evidências.

Fonte: Fotolia.

Para se opor a esse *marketing*, sugerimos que:

- você não receba os representantes da indústria nem armazene ou utilize amostras grátis com seus pacientes;
- as instituições façam **normativas** que proíbam a entrada desses profissionais em consultórios e ambulatórios do SUS e que proíbam o armazenamento e a distribuição de amostras grátis em consultas.

▸ Como exemplos, temos a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e o Grupo Hospitalar Conceição, que utilizam normativas distintas, mas que inibem e proíbem a circulação de representantes da indústria nos estabelecimentos de saúde dessas duas instituições.

Saiba mais

Leia o guia prático da OMS sobre como compreender a promoção (marketing) farmacêutica e responder a ela (em espanhol): http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Comprendiendo-promocion-farmaceutica.pdf.

Visite o site da organização civil independente para a transparência, integridade e equidade nas políticas de saúde, assistência à saúde e pesquisa biomédica: http://www.nogracias.eu/.

2.2.5 Medicina baseada em evidência, estudo imediato e ferramentas de auxílio à tomada de decisão clínica

Sabemos que a produção científica se caracteriza por seu crescente volume e rápida acumulação, dificultando sua integração na nossa prática profissional. Por vezes, fica difícil integrar nossas necessidades de conhecimento, o tempo que temos disponível para isso e o dever de analisar criticamente a confiabilidade das informações.

Para fazer o uso racional de medicamentos, precisamos selecionar informações provenientes de fontes de qualidade e independentes e, por isso, robustas e confiáveis. Esse é um processo sistemático e contínuo de autoaprendizado e autoavaliação, sem o qual nossas condutas tornam-se rapidamente desatualizadas e não racionais.

Além disso, conforme já mencionamos, os problemas de saúde na AB podem ser tanto simples como complexos. Eles geralmente são atendidos em suas fases iniciais, sendo muitas vezes inespecíficos e manifestando-se como queixas vagas e mal definidas, o que demanda dos profissionais aliar conhecimentos técnicos de **medicina baseada em evidências** e de **habilidades de comunicação** para *lidar com a incerteza*.

Na rotina de atendimentos da AB, o profissional tem em torno de 10 a 20 dúvidas clínicas por dia. Ter acesso e saber utilizar-se de fontes seguras, baseadas em evidência e de consulta rápida é fundamental para fazer escolhas racionais. Assim, precisamos desenvolver a capacidade de localizar e acessar a informação e a evidência atualizada, de maneira ágil, concreta e confiável.

Acessar essas fontes e usá-las como ferramentas de auxílio à tomada de decisão clínica nos ajuda a reduzir a fadiga da tomada de decisão cotidiana e melhora nossa satisfação profissional.

Para isso, mantenha uma seleção de livros, de endereços de internet e de aplicativos de *smartphones* que conheça e saiba acessar no seu consultório. Frente a uma dúvida clínica, durante uma consulta, você deve saber comunicar a dúvida para o seu paciente e, imediata ou posteriormente, em conformidade com a urgência da situação, acessar a fonte de estudo disponível para responder à questão e, realizando uma escolha racional numa prescrição. Sabendo comunicar a dúvida com empatia, responsabilização e profissionalismo, o paciente se sentirá mais seguro e confiante em você.

Fonte: Fotolia.

Adiante, temos sugestões de fontes baseadas em evidências científicas para que você possa qualificar sua tomada de decisão clínica.

Fonte de auxílio à tomada de decisão clínica

- O **0800 644 6543** é um serviço do Telessaúde Brasil Redes que oferece teleconsultorias gratuitas para médicos e enfermeiros que atuam na Atenção Básica em todo Brasil. O objetivo é ajudar na resolução dos problemas de saúde dos pacientes de maneira rápida, objetiva e baseada nas melhores evidências científicas. As dúvidas são respondidas em tempo real, sem necessidade de agendamento prévio nem custos para quem está ligando.

- O **DynaMed** é uma ferramenta de referência clínica com respostas rápidas. É disponibilizado gratuitamente pelo Portal Saúde Baseada em Evidências, do MS, por meio de cadastro prévio pelo site: http://www.psbe.ufrn.br/ ou http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/index. Você pode fazer o download da versão para smartphone para usar off-line em seu celular: para instruções, acesse a aba "Mobile" dentro do DynaMed.

- Por sua vez, o **Micromedex** é uma ferramenta de referência clínica, cálculo de medicamento e interação medicamentosa. É disponibilizado gratuitamente pelo Portal Saúde Baseada em Evidências, do MS, por meio de cadastro prévio pelo site: http://www.psbe.ufrn.br/ ou http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/index. Você pode fazer o download da versão para smartphone para acessar *off-line* em seu celular.

- O **Bulário Eletrônico**, da ANVISA, disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp, foi desenvolvido para facilitar o acesso rápido e gratuito de bulas de medicamentos pela população e por profissionais de saúde. O sistema traz as bulas atualizadas dos medicamentos registrados no Brasil.

- O **TelessaúdeRS** é uma estratégia para qualificação da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica (APS/AB). As ações de teleconsultoria, teleducação e telediagnóstico são voltadas a todos os profissionais que trabalham na APS/AB (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares em saúde bucal, agentes comunitários de saúde) e aos demais profissionais dos Núcleos de Apoio à APS/AB.

  - disponibiliza aplicativos https://www.ufrgs.br/telessauders/noticias/aplicativos-para-auxiliar-profissionais-da-atencao-primaria/
  - disponibiliza a Biblioteca em Saúde (com duas subdivisões) https://www.ufrgs.br/telessauders/portal-teleducacao/biblioteca-em-saude/,
    - Pílulas de Sabedoria https://www.ufrgs.br/telessauders/portal-teleducacao/videos/pilulas-de-sabedoria/
    - Perguntas da Semana https://www.ufrgs.br/telessauders/acontece-aqui/perguntas-da-semana/.

- **Choosing Wisely** é uma iniciativa internacional que tem como objetivo garantir o cuidado certo, na hora certa. São recomendações baseadas em evidências que devem ser discutidas para tomar escolhas inteligentes sobre o atendimento mais adequado, com base na situação individual do paciente. O Choosing Wisely Brasil está disponível em http://proqualis.net/choosing-wisely-brasil.

- Por sua vez, o *blog* **Guia Terapêutico da Sociedade Espanhola de Medicina de Família** http://www.guiaterapeuticablog.com/ conta com debates sobre o uso racional de medicamentos.

- A **Cochrane** http://summaries.cochrane.org/, uma rede global e independente de pesquisadores, profissionais, pacientes, cuidadores e pessoas interessadas em saúde, destina-se a todos os interessados em usar informação de alta qualidade para tomar decisões em saúde.

- Já o **Equipo CESCA** http://equipocesca.org/pt é um site com diversos artigos de medicina baseada em evidências.

- Temos também o site **Horto Didático de Plantas Medicinais do HU** http://www.hortomedicinaldohu.ufsc.br/, com informação sobre as indicações e contraindicações de algumas das principais plantas medicinais usadas no Brasil.

Fonte de auxílio à tomada de decisão clínica

- Você pode acessar também os **Documentos da Sociedade Espanhola de Medicina de Família**, que discute a eficácia e efetividade das intervenções médicas. As seções são No Hacer https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/Doc33RecomendacionesNoHacer.pdf e http://e-documentossemfyc.es/recomendaciones-no-hacer-2-a-parte/ e No Hacer em Urgências http://e-documentossemfyc.es/15-recomendaciones-de-no-hacer-en-urgencias/.

- O **The NNT** http://www.thennt.com/, um sumário de evidências sobre as principais intervenções diagnósticas e terapêuticas, é ideal para fazer uma tomada de decisão compartilhada com o seu paciente.

- A **Therapeutic Iniciative** http://www.ti.ubc.ca/ se propõe prover, a médicos e farmacêuticos, atualizações baseadas em evidências sobre prescrição de fármacos.

- Temos também (em inglês) as ***guidelines* do National Institute of Clinical Evidence** (NICE) do National Health Service (NHS): http://www.nice.org.uk/guidance.

- O jornal **Australian Prescriber** https://www.nps.org.au/australian-prescriber/ revisa criticamente as principais evidências sobre medicamentos e tratamentos.

- O **Pediatria Baseada em Puebas** http://www.pediatriabasadaenpruebas.com é um site com conteúdo sobre pediatria baseada em evidências.

- O **FactBoxes**, https://www.harding-center.mpg.de/en/health-information/fact-boxes, https://www.harding-center.mpg.de/en/box/magazin1/9428-fact-boxes e https://www.harding-center.mpg.de/en/harding-center/media/media-response, traz pictogramas para tomada de decisão compartilhada em relação a rastreios.

- O **TripDatabase** http://www.tripdatabase.com/ serve como ferramenta para pesquisa de evidências e *guidelines*.

- O site americano **U.S. Preventive Services Task Force** http://www.uspreventiveservicestaskforce.org traz as melhores evidências sobre exames de rastreamento.

- A **Segunda Opinião Formativa (SOF)**, disponível em http://aps.bvs.br/segunda-opiniao-formativa/, é uma fonte de informação que apresenta, como conteúdo, perguntas e respostas baseadas em boa evidência, relacionadas com os problemas prioritários de atenção primária à saúde (APS).

2.2.6 Demora permitida e observação atenta (*watchful waiting*)

Em um serviço de AB bem estruturado, que assegura ao paciente acesso fácil a uma avalição de sua equipe e seu médico em caso de necessidade, o tempo pode ser utilizado como um aliado na prática clínica e um excelente instrumento de trabalho para o profissional de saúde. Ou seja, é possível em uma boa parte dos casos lançar mão de uma conduta mais expectante, podendo agir sem pressa ou precipitação. Sua conduta pode ser baseada no acompanhamento da gradual evolução do quadro clínico (sem que isso se tome um pretexto para a displicência, logicamente). Essa ferramenta é chamada demora permitida.

Se você aprende a usar a demora permitida, ganha um poderoso aliado para fazer uso mais racional de medicamentos frente às situações clínicas que aparecem no atendimento usual da AB, a maioria delas inespecíficas e com quadros iniciais.

Para isso, existem alguns requisitos:

- que você esteja convencido de que não se encontra ante uma urgência;
- que você tenha uma ideia formada sobre o tempo que pode esperar sem risco para o paciente.

Em algumas situações, o adiamento de uma tomada de decisão para o dia seguinte, sem qualquer prejuízo para o paciente, está plenamente justificado e pode le-

Fonte: Fotolia.

var a um uso mais racional de medicamentos.

Outro conceito que se articula com a demora permitida é o de *watchful waiting* (observação atenta). Essa intervenção é diferente de *não fazer nada*. Por exemplo: em um caso em que você observe alguma lesão dermatológica, em que a demora permitida avaliada seja de 48 horas, se o paciente não procurar a equipe presencialmente ou por telefone, a equipe deve ir atrás dele, ou seja, deve fazer uma busca ativa.

Reflexão

Procure ler sobre o tema, conhecer a história natural das patologias que costuma atender e perguntar-se: existe alguma alternativa mais simples para tratar essa patologia? Se eu não prescrever agora essa conduta, esse medicamento, quais serão os riscos?

2.2.7 Práticas Integrativas e Complementares (PIC)

Há uma crescente insatisfação com a biomedicina, devido a características e fenômenos como a iatrogenia de suas práticas, o uso de métodos invasivos caros e nem sempre eficazes, o foco na doença e não no paciente e a sua impessoalidade.

A oferta e emprego adequado de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) pode ajudar a preencher essas lacunas da biomedicina. As PIC podem ter potencial de oferecer ao paciente práticas de cuidado mais humanizadas, com maior integralidade da atenção, menor potencial de dano e uma compreensão mais holística do corpo e do adoecimento, que podem dar respostas às suas diversas queixas e problemas de saúde não tratadas pela medicina moderna ocidental.

Incorporar as PIC à sua atividade como profissional de saúde aumenta seu leque de possibilidades diagnósticas e terapêuticas. Com isso, você passa a ter ferramentas que podem ajudar a explicar e responder de maneira rápida e menos iatrogênica ao conjunto de sintomas *inexplicáveis* para a biomedicina, que não se encaixam em classificações diagnósticas e explicações fisiopatológicas.

Equipes da ESF, equipes de saúde bucal e profissionais do NASF podem adotar, em seu arsenal terapêutico, essas práticas. Entre elas, a Auriculoterapia, a Acupuntura e o uso de plantas medicinais.

2.3 Escolhas racionais

Agora, vamos falar sobre o uso racional de medicamentos em situações comuns na prática da AB.

Medicamentos racionalmente selecionados propiciam benefícios individuais, institucionais e nacionais. Para o paciente, a escolha racional proporciona mais garantia de benefício terapêutico (eficácia e segurança) a um menor custo, contribuindo para a integralidade do cuidado. Institucionalmente, há melhoria do padrão de atendimento, maior resolubilidade do sistema e significativa redução de gastos. Em plano nacional, condutas racionais acarretam consequências positivas sobre mortalidade, morbidade e qualidade de vida da população, aumentando a confiança do usuário na atenção pública à saúde.

Recomendações para a prescrição racional de medicamentos na AB

Adiante, deixamos recomendações gerais para que você possa realizar com segurança a prescrição racional de medicamentos na AB.

Confirme o diagnóstico do paciente, certificando-se de que a medicação é necessária e que os benefícios superam os riscos.

Esteja atento a condições de saúde em que talvez seja necessário **ajustar a dose** do medicamento prescrito (por exemplo: lamivudina, tenofovir em doença renal; hidroclorotiazida em doença hepática) ou **prescrever medicação alternativa** (por exemplo: evite ibuprofeno em caso de úlcera péptica, exacerbação de asma, doença renal, gestação ≥ 30 semanas).

Verifique todas as medicações usadas pelo paciente (prescritas, isentas de prescrição, plantas) para possível **interação**, especialmente em caso de uso de contraceptivo hormonal, TARV, tratamento para TB ou epilepsia. Para isso, tenha à mão um *site* ou aplicativo de celular e use-o como rotina para checar a interação.

Pergunte sobre possível **alergia medicamentosa** e, em caso de alergia conhecida/confirmada ou reação prévia com medicação, discuta alternativas.

Em caso de **> 65 anos**, considere diminuir dose ou frequência da medicação (no caso dos antibióticos, prescreva dose terapêutica adequada).

Esteja atento à polifarmácia! Considere reavaliar o uso da medicação em caso de consumo de duas ou mais medicações, usando benzodiazepínicos (como diazepam), antidepressivos (como amitriptilina e fluoxetina), medicamentos opioides (como codeína), anti-inflamatórios (como ibuprofeno) ou outros (como teofilina).

Fonte: Fotolia.

Fonte: Fotolia.

Se for **gestante ou** estiver **amamentando**, verifique se a medicação é segura. Para isso, tenha à mão um *site* ou aplicativo de celular e acesse-o rotineiramente para checar a segurança do uso.

Se estiver inseguro sobre a escolha da medicação, efeitos colaterais ou interações medicamentosas, consulte um **formulário de medicamentos** ou colegas experientes/farmacêuticos. Tenha à mão um *site* ou aplicativo de celular e use-o como rotina para checar essas informações.

Garanta que a prescrição contenha todos os detalhes necessários. Escreva de modo legível. Evite abreviaturas. Use o nome genérico do medicamento. Não prescreva nomes comerciais. Informe a quantidade exata por unidade posológica (comprimidos, cápsulas, frascos, bisnagas) e não por caixas. Especifique a forma farmacêutica e a concentração do medicamento, via de administração, intervalo entre as doses, além da dose máxima. Registre a situação que requer o uso do medicamento (por exemplo, "usar se a temperatura corporal for maior que 38°C"). Informe a duração exata do tratamento. Esteja atento a grafias de números com zeros ou vírgulas, evitando erros de dosagem. Assine e coloque o carimbo, permitindo identificá-lo como profissional prescritor. Deixe seu nome legível, com endereço, telefone ou *e-mail*, possibilitando que o paciente entre em contato em caso de dúvidas ou ocorrência de problemas. Informe a data da prescrição.

Oriente o paciente quanto aos possíveis efeitos colaterais e o que fazer se eles ocorrerem. Avalie efeitos colaterais e relate uma possível reação adversa à medicação.

Se as condições do paciente não melhorarem, **avalie primeiramente a adesão** ao tratamento e considere trocá-lo ou realizar um possível diagnóstico alternativo. Se o paciente estiver usando antibióticos, avalie resistência.

Explique ao paciente por que a medicação é necessária, qual efeito terá e o que acontecerá se for tomada incorretamente.

Explique ao paciente quando e como tomar a medicação e por quanto tempo. Peça que repita sua explicação, para você ter certeza de que ela foi devidamente entendida.

Eduque o paciente sobre a importância da adesão para garantir o sucesso do tratamento e informe que não aderir à medicação pode levá-lo à recaída ou à piora da sua condição e possível resistência ao medicamento.

Fonte: Fotolia.

Fonte: Fotolia.

Aconselhe ao paciente que **medicações isentas de prescrição** e **tratamentos com plantas** podem interferir com a medicação prescrita. Encoraje o paciente a discutir com você antes de utilizá-los.

Link

Para obter informações sobre escolhas racionais de anti-hipertensivos, antidiabéticos, medicações para prevenção de DCV, antidepressivos, ansiolíticos e anticoncepcionais, acesse: https://goo.gl/SQXTgO

2.3.1 Escolhas racionais no uso de antibióticos

O uso racional de antibióticos é um assunto que vem crescendo no mundo, principalmente após alertas indicarem que corremos sérios riscos de desenvolver resistências bacterianas aos fármacos atualmente disponíveis.

O mau uso dos antibióticos, com seu emprego pouco racional, é o principal fator responsável pela seleção de resistência.

Essa afirmação serve, sobretudo, ao profissional prescritor que trabalha no setor de atenção primária à saúde, pois esse lida com infecções de menor gravidade, nem sempre de etiologia bacteriana (por exemplo, infecções respiratórias altas de origem viral em crianças), que não necessitam de antimicrobianos ou que curam facilmente com antibióticos mais comuns e com menor potencial de indução de resistência.

Link

Clique no link e confira a matéria jornalística sobre superbactérias: http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/bbc/2016/05/19/superbacterias-matarao-uma-pessoa-a-cada-3-segundos-em-2050.htm.

Há um excesso de prescrição para condições em que seu uso não reduz substancialmente sintomas e riscos, sendo que sua indicação pode ser desnecessária em até 50% dos casos, mesmo quando formalmente prescrito.

A decisão sobre a eventual prescrição de antibióticos deve fundamentar-se em uma real indicação. Já a seleção desses fármacos deve levar em conta os malefícios do seu emprego inadequado.

A redução no número de prescrições – a partir do desenvolvimento de protocolos clínicos e de treinamento adequado para sua implementação –, a educação e a conscientização da população sobre o problema, a adoção de esquemas mais curtos e, mesmo assim, seguros de tratamento, bem como a restrição de utilização de antibióticos com alta capacidade de indução de resistência, são estratégias fundamentais para prevenir o surgimento de mais resistência.

Fonte: Fotolia.

Portanto, **somente prescreva antibióticos quando for necessário**. Se for viável e indicado, colha amostra biológica para cultura/antibiograma antes de iniciar antibiótico e ajuste o tratamento com os resultados. Prescreva o curso efetivo mais curto na dose e via mais apropriadas.

2.3.1.1 Uso racional de antibióticos – sistema urinário

Evite o uso de fluoroquinolonas (ciprofloxacino, norfloxacino) como primeira escolha para infecções do trato urinário não complicadas em mulheres. Prefira nitrofurantoína, sulfametoxazol/trimetoprima ou fosfomicina. Adote esquemas de 3 a 5 dias.

Saiba mais

Confira o alerta do FDA americano sobre os riscos das fluoroquinolonas disponível em: http://www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm513065.htm.

Não trate bacteriúria assintomática com antibióticos, exceto em gestantes, pacientes que realizarão cirurgia de próstata ou outra cirurgia urológica invasiva, ou pacientes com transplante de rim no seu primeiro ano.

2.3.1.2 Uso racional de antibióticos – sistema respiratório

Evite prescrever antibióticos para infecções das vias aéreas superiores (sinusites, faringites, bronquites). A maioria dessas infecções tem etiologia viral. O antibiótico é bem indicado em casos de coqueluche e infecções comprovadas por Strepto do Grupo A (GAS).

Não prescreva antibióticos para adultos com bronquite/asma e crianças com bronquiolite. Evite prescrever antibióticos para infecções de garganta (amigdalite, faringite). As

Fonte: Fotolia.

causas mais comuns são virais (resfriado comum, gripe). Opte por medicações de alívio sintomático.

O efeito mais provável do antibiótico para uma infecção de garganta será reduzir os sintomas em 16 horas.

O emprego de antibióticos não reduz o risco de complicações supurativas (como abscessos) ou glomerulonefrite aguda. Há evidências conflitantes de que, talvez, em crianças em idade escolar, o antibiótico pode atuar como profilaxia primária para febre reumática aguda. Considere prescrição nesses casos se preencherem critérios pelo Escore de Centor e se houver fatores de risco, como más condições de vida, moradia e higiene.

Utilize o Escore de Centor para considerar o uso de antibiótico em infecções de garganta (some um ponto para cada uma das afirmativas: presença de febre, ausência de tosse, pus/placas em tonsilas, linfonodos cervicais doloridos). Somente considere indicar antibióticos se pontuar mais que 3. Considere utilizar a demora permitida de 3 a 4 dias para pacientes com Escore de Centor 3 ou 4 e que não estão sistemicamente e marcadamente

Fonte: Fotolia.

sintomáticos, nem apresentam fatores de risco para complicações sérias e não têm doença valvar cardíaca.

Se optar por prescrever antibióticos para infecções da garganta, use como primeira escolha penicilina benzatina (dose única IM) ou amoxicilina 500 mg a cada 12 horas, por 10 dias. A infecção estreptocócica será erradicada se o antibiótico for prescrito até nove dias após o início dos sintomas e com uma injeção única de penicilina benzatina intramuscular ou com tratamento oral com penicilina por 10 dias completos.

Fonte: Fotolia.

Procure excluir mononucleose (uma das características é a presença de linfonomegalia simétrica e mais acentuada em região cervical, principalmente posterior – há esplenomegalia em 50% dos casos) ao prescrever amoxicilina, pelo risco de exantema/rash.

> **!** Não confunda alergia à penicilina com exantema causado pelo uso de amoxicilina em paciente com mononucleose.

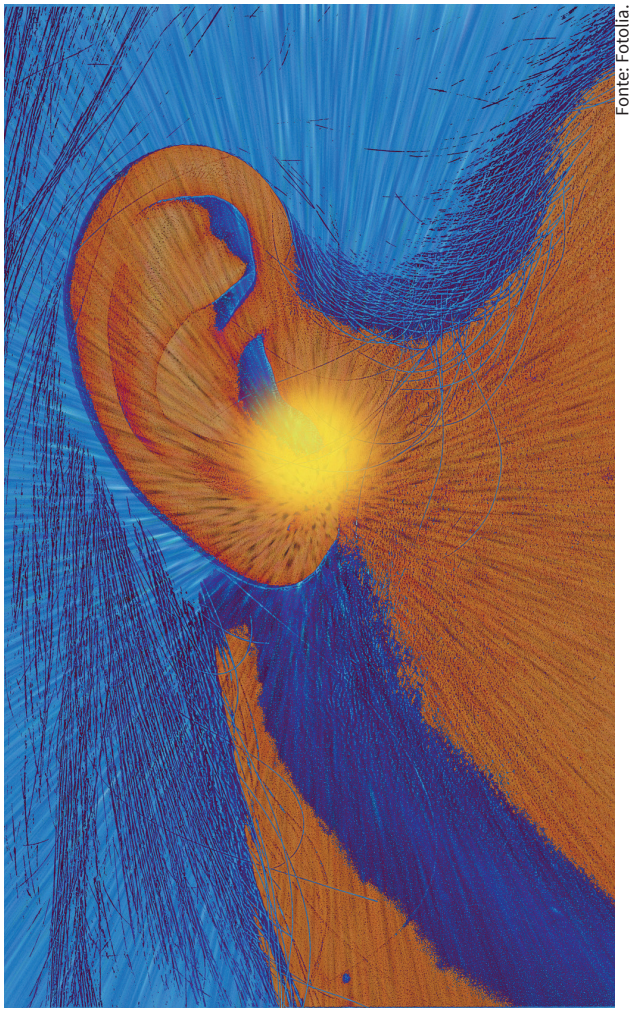
Não use macrolídeos como primeira escolha para tratar infecções da garganta. Somente prescreva e indique azitromicina (500 mg no primeiro dia, seguido de 250 mg por mais 4 dias) se o paciente for comprovadamente alérgico à penicilina. Também não use fluoroquinolonas como primeira escolha para o tratamento de infecções do trato respiratório.

Somente prescreva antibióticos para **sinusite** se o paciente apresentar sintomas de pelo menos sete dias de duração ou sintomas mais severos, com secreção nasal purulenta e febre, ou se os sintomas piorarem após uma melhora inicial.

Se optar por prescrever antibióticos para sinusite, use como primeira escolha amoxicilina 500 mg a cada 8-12 horas, por 5 dias. Somente prescreva e indique azitromicina (500 mg ao dia, por 3 dias) se o paciente for comprovadamente alérgico à penicilina. Apenas use outras opções terapêuticas, como amoxicilina/clavulonato ou fluoroquinolonas, se houver risco de infecção grave (paciente imunossuprimido por HIV ou DM não controlado, doença renal/hepática/autoimune ou câncer).

2.3.1.3 Uso racional de antibióticos – sistema auditivo

Não prescreva antibióticos para otite média aguda em crianças entre 2 e 12 anos com sintomas não severos e nas quais é viável e razoável observar a evolução dos sintomas. Considere usar a demora permitida e observação atenta de 48-72 h. Ofereça tratamento de alívio sintomático.



Fonte: Fotolia.

Não prescreva antibióticos orais para otite externa aguda não complicada. Prefira antibióticos tópicos, como polimixina B (com ou sem associações), sendo 4 gotas a cada 8 horas, por 7 dias. Ou ofereça solução de ácido acético (2 partes de vinagre em 8 partes de álcool etílico), sendo 5 gotas a cada 8 horas, por 7 dias.

2.3.1.4 Uso racional de antibióticos – pele

Evite usar antibióticos para tratar rotineiramente dermatite atópica, a não ser que exista evidência clínica de infecção.

Não use antibióticos tópicos rotineiramente para feridas cirúrgicas limpas. Nem para dermatite de estase de membros inferiores. Para esse caso, oriente elevação das pernas e meias de compressão.

Evite antibióticos rotineiramente para edema e vermelhidão bilateral de pernas. Provavelmente não se trata de celulite, mas de dermatites, varizes ou alergias.

Fonte: Fotolia.

Não use antibióticos para tratar úlceras de membros inferiores sem evidência clínica de infecção.

Evite antibióticos para abscessos não complicados após incisão e drenagem bem-sucedidas.

Não use antibióticos orais rotineiramente para **impetigo**. Se for extenso, com lesões mais profundas, com sintomas gerais (febre) ou sem resposta ao tratamento tópico, use antibióticos sistêmicos.

Não prescreva antibióticos para cistos epidérmicos inflamados nos seus primeiros 3-4 dias. Realize incisão e drenagem.

2.3.2 Escolhas racionais no uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e no manejo da dor e da febre

Primeiramente, vamos fazer uma rápida revisão sobre anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).

A classe de AINEs é composta por grupos quimicamente heterogêneos, mas que compartilham propriedades analgésica, antitérmica, anti-inflamatória e antitrombótica. São classificados em inibidores não seletivos e seletivos de COX-2 (coxibes).

No Brasil, vários AINEs são facilmente encontrados ao alcance de todos em farmácias e constam da lista de

Fonte: Fotolia.

Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP), embora tenham diferentes potenciais de toxicidade. Isso favorece a automedicação, que muitas vezes não leva em conta as restrições de indicação, os efeitos adversos nem as interações medicamentosas.

O uso prolongado de anti-inflamatórios pode causar sangramentos (principalmente no trato digestivo) e falhas nos rins, podendo levar o paciente à hemodiálise, elevar a pressão arterial e gerar outros problemas.

Popularmente, o AINE é prescrito e usado para o manejo de diversas situações dolorosas. É comum escutar a frase *toma um anti-inflamatório* sendo usada para qualquer manifestação dolorosa. Seu emprego é associado a um efeito de cura. Essa crença, tanto de profissionais quanto de pacientes, tem levado os AINEs a serem usados indiscriminadamente, o que potencializa os riscos de danos.

> **!** Entenda primeiramente que os AINEs têm apenas efeito sintomático nas doenças ou nos processos inflamatórios em que são empregados, ou seja, são indicados para tratamento da dor (não sendo essenciais) e não aceleram a cura do dano tecidual.

Também vale lembrar que a inflamação é, antes de tudo, um processo útil e benéfico para o organismo, compensando quebra de homeostasia e repondo normalidade tissular. Esse processo de defesa e reparação só deve ser combatido quando as manifestações clínicas agudas (classicamente tumor, calor, rubor e dor) são intensas e desconfortáveis e se o processo adquire maior repercussão sistêmica e caráter subagudo ou crônico, com manifestações sintomáticas incapacitantes e danos tissulares cumulativos, como deformidades e perdas funcionais. Do ponto de vista farmacológico, deve haver cautela no tratamento da inflamação.

As principais evidências para o uso dos AINEs são para sintomas musculoesqueléticos relacionados a distúr-

Fonte: Fotolia.

bios reumatológicos, como: artrite reumatoide, polimiosite, lúpus eritematoso sistêmico e serosites lúpicas (pleurite e pericardite), esclerose sistêmica progressiva, poliarterite nodosa, granulomatose de *Wegener*, espondilite anquilosante e entesopatias. São também usados como adjuvantes no tratamento da gota aguda e em osteoartrose, artroplastia e fibrose cística.

2.3.2.1 Escolhas racionais no uso de AINEs

Ao prescrever anti-inflamatórios, procure se fazer as quatro perguntas que verá a seguir.

Pergunta 1 – O paciente tem alguma contraindicação?

Fonte: Fotolia.

AINEs **não são recomendados** para gestantes (principalmente ≥ 30 semanas), crianças (no caso o AAS – pelo receio do aparecimento de síndrome de Reye), pacientes com história atual ou passada de úlcera péptica, doença hepática ou renal, história de reação alérgica severa prévia ou de exacerbação de asma.

Coxibes e diclofenaco não devem ser usados em pessoas com doença isquêmica cardíaca, doença cerebrovascular, doença arterial periférica ou com insuficiência cardíaca (leve, moderada ou grave).

Use os AINEs com cautela em pacientes idosos (≥ 65 anos), visto o aumento do risco de sangramento gastrointestinal e perfurações, manifestações que podem ser fatais. Tenha cautela também no caso de pacientes com hipertensão, insuficiência cardíaca, dispepsia ou em uso de AAS, corticoesteroides, varfarina ou abuso de álcool.

! O ibuprofeno só deve ser prescrito para crianças com mais de três meses, exceto para fechamento de ductus arteriosus patente em recém-nascidos de baixo peso.

Fonte: Fotolia.

Pergunta 2 – O paciente realmente necessita de um AINE ou existe uma alternativa?

Não use AINEs para dores leves e moderadas em geral, na crença de que tenham efeito superior ao de analgésicos sem efeito anti-inflamatório. AINEs orais e injetáveis não constituem primeira escolha para controle de dor leve e moderada.

Também não estão indicados, na forma injetável, para tratamento de dores intensas (como a pós-operatória), o que é motivado pelo medo da utilização de analgésicos opioides.

AINEs não devem ser usados em situações em que a reação inflamatória não deva ser inibida, como traumas e infecções. Nas primeiras, a inflamação é componente indispensável à reparação tecidual e, nas segundas, representa uma das defesas do organismo. Em muitas condições, o tratamento deve ser direcionado especificamente à gênese do problema (por exemplo: antimicrobianos em infecções).

Para **alívio da dor** em processos inflamatórios localizados e autolimitados (entorses, estiramentos musculoesqueléticos), recomende e promova o uso de medidas não medicamentosas para alívio sintomático: aplicação de gelo por 20 minutos a cada 2-3 horas por 2 a 3 dias após a lesão; repouso; imobilização. Para alívio da dor, indique como primeira escolha analgésicos não opioides, como dipirona ou paracetamol de 500 a 1.000 mg a cada 6 horas, se necessário, por até 7 dias. Avalie a indicação, a necessidade e considere associar codeína 30 mg a cada 4 horas, se necessário.

Para **osteoartrose**, indique como primeira escolha analgésicos não opioides, como dipirona ou paracetamol, anti-inflamatórios tópicos e fisioterapia. Avalie a indicação, necessidade e considere associar codeína.

Para gota, considere a indicação de colchicina ou corticoesteroides.

Ofereça PIC, como auriculoterapia e acupuntura para alívio da dor, se houver disponibilidade.

Pergunta 3 – Qual AINE prescrever?

Todos os AINEs têm eficácia similar. Ao optar por um AINE, leve em conta critérios de toxicidade relativa, fatores de risco individuais, conveniência de administração para o paciente, custo, a experiência prévia e a preferência do paciente. Em pacientes não responsivos a um dado anti-inflamatório, procure fazer a substituição por outro de mesmo ou diferente subgrupo.

Dê preferência ao ibuprofeno, pois esse tem menor potencial de risco gastrintestinal, menor potencial de efeitos adversos e de risco cardiovascular dentre os disponíveis na RENAME.

Os AINEs coxibes têm eficácia similar aos não seletivos, custo mais alto e menor gastrotoxicidade, porém, apresentam menor segurança cardiovascular (aumento de risco cardiovascular absoluto, ou seja, maior risco de IAM e AVC). Evite usá-los como medicamentos de primeira linha.

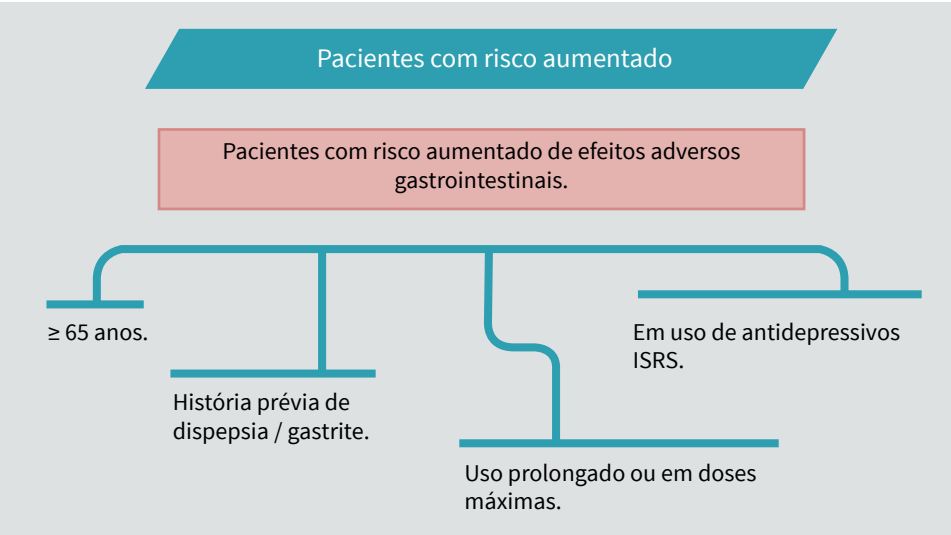
Pergunta 4 – Como prescrever o AINE?

Ao indicar AINEs, oriente o paciente a tomar durante ou após a alimentação.

Evite prescrições para mais de 5 a 10 dias. Avalie risco cumulativo. Antes de prescrever, verifique se o paciente está fazendo (ou fez recentemente) uso de anti-inflamatórios.

Informe o paciente e oriente-o a reconhecer os efeitos adversos e a interromper o uso, se necessário.

Para pacientes com risco aumentado de efeitos adversos gastrointestinais, considere prescrever gastroproteção com omeprazol 20 mg ao dia durante o uso do anti-inflamatório. Evite prescrever gastroproteção em pacientes menores de 45 anos.



Fonte: Fotolia

Prescreva a menor dose e pelo menor tempo possível. É importante lembrar que dobrar dose de um AINE somente leva a discreto aumento de efeito (efeito teto), que pode não ser clinicamente relevante, mas resulta em incremento de efeitos adversos.

Considere prescrever **pequenas quantidades**. Um exemplo de prescrição poderia ser: Ibuprofeno 300 mg. Tomar de 1 a 2 comprimidos até de 6 em 6 horas, se houver dor – 10 a 20 comprimidos.

Evite indicar anti-inflamatórios injetáveis na rotina de atendimentos de urgência, principalmente o diclofenaco para pacientes com maior risco cardiovascular. A dipirona tem eficácia igual ou superior ao diclofenaco nas suas formas injetáveis.

2.3.2.2 Escolhas racionais no manejo da dor

A causa da dor deve ser tratada sempre que possível.

Analgésicos em **esquema de demanda** podem ser prescritos para dores leves. Porém, devem ser instituídos precocemente, visto ser mais fácil tratar dor inicial do que a já instalada. Em dores moderadas e intensas, prefira administrações em **intervalos fixos**.

Adote uma **estratégia em etapas** para manejar dores leves a moderadas em adultos:

Manejo de dores leves e moderadas

Passo 1	Aumente a dose de paracetamol até 1 grama 4 vezes ao dia (não exceda 4 g ao dia) antes de trocar por outro analgésico ou combinar com outros.
Passo 2	Substitua o paracetamol por ibuprofeno em baixas doses (300 mg a 400 mg 3 vezes ao dia). Se necessário, aumente a dose do ibuprofeno para um máximo de 2,4 g ao dia, exceto se for contraindicado. Se não for possível ou não for recomendado aumentar a dose ou usar o ibuprofeno, use dose terapêutica de um opioide fraco, como codeína 30 mg a 60 mg, a cada 4-6 horas, com máximo de 240 mg ao dia.
Passo 3	Adicione o paracetamol (1 grama 4 vezes ao dia) ao ibuprofeno em baixas doses (300-400 mg 3 vezes ao dia). Se necessário, aumente a dose do ibuprofeno. Se não for possível ou não for recomendado aumentar a dose ou usar o ibuprofeno, adicione paracetamol a um opioide fraco.
Passo 4	Continue com paracetamol 1 g 4 vezes ao dia e troque o ibuprofeno por um AINE alternativo (como nimesulida).
Passo 5	Inicie dose plena de um opioide fraco, como codeína 60 mg até 4 vezes ao dia, com máximo de 240 mg ao dia, junto à dose plena de paracetamol (1 grama 4 vezes ao dia) e (ou) um AINE .

Todos os analgésicos não opioides têm igual eficácia no tratamento de dores agudas e crônicas de intensidade leve à moderada. Sua escolha baseia-se em segurança, conveniência de uso, facilidade de acesso e preferência do paciente. Após avaliar a segurança do uso, pergunte qual o paciente prefere.

Use o **paracetamol** como primeira escolha para tratamento de dores leves a moderadas, agudas e crônicas, associadas ou não à reação inflamatória. O paracetamol é eficaz e tem melhor perfil de segurança comparativamente aos outros analgésicos não opioides.

Prescreva doses de paracetamol que não excedam 4 g diários. Paracetamol é seguro mesmo em pacientes que sofrem de alcoolismo. Considere usar doses menores de 1 g a cada 6 horas para evitar riscos. Também evite subdoses, para não dar a impressão de que o medicamento tem menor eficácia, levando à administração de outros analgésicos, de maior risco.

A **dipirona** é uma opção ao paracetamol nos casos em que não existe alergia confirmada a ela. Ela não é recomendada pelo Food and Drug Administration (FDA) dos EUA, pelo risco de anemia aplástica e agranulocitose. No entanto, ela é utilizada em vários países da América do Sul e no México, em função de sua eficácia e acessibilidade. Esses países, como o Brasil, consideram que os efeitos adversos são tão raros que não se constituem em problema de saúde pública.

Fonte: Fotolia.

Analgésicos não opioides apresentam **efeito teto**. Após determinada dose, a eficácia analgésica não aumenta, aumentando, apenas, os efeitos indesejáveis. Como há variação individual de respostas a diferentes dosagens, uma forma de não induzir toxicidade é considerar como doses máximas valores que não excedam de 1,5 a 2 vezes as doses inicialmente recomendadas.

> **!** Não prescreva opioides fracos para pacientes com DPOC, exacerbação aguda de asma, constipação crônica, risco de íleo paralítico ou suspeita de dependência a opioides. Não prescreva tramadol para pessoas com epilepsia, pois reduz o limiar de convulsão.

Cuidado ao prescrever opioides fracos para:

- idosos e pessoas com doença renal crônica estágios 3 a 4, pois são mais suscetíveis a efeitos adversos;
- hiperplasia prostática, pois pode causar retenção urinária;
- doenças inflamatórias intestinais, por reduzir a motilidade gastrointestinal;
- asma;
- trauma na cabeça, pois pode interferir na avaliação da resposta pupilar.

Nesses casos, inicie com doses baixas e aumente aos poucos, se necessário.

Fonte: Fotolia.

Cuidado também com o uso de opioides fracos em longo prazo, pois podem levar a tolerância e dependência. Fique atento aos sintomas de dependência – o paciente sente que precisa tomar por maior tempo e maiores doses que as prescritas, tem sintomas de abstinência, solicita prescrição de repetição regularmente. Pode ser necessário reduzir a dose gradualmente para prevenir sintomas de retirada.

2.3.2.3 Escolhas racionais no manejo da febre

Ao prescrever antipiréticos, procure se fazer as duas perguntas a seguir.

Pergunta 1 – O paciente realmente necessita tratar a febre?

Febre é sintoma, não doença. Portanto, só precisa ser controlada quando compromete o estado geral do paciente. É fundamental descobrir a causa da febre para que o manejo não se limite a reduzir a temperatura. O afã em diminuí-la contribui para o mascaramento da doença e o retardo no diagnóstico.

Evite tratar a febre de pacientes que não tenham diagnóstico etiológico firmado. A febre pode ter efeito favorável sobre o curso clínico de algumas doenças.

A febre em si não é letal e, até o momento, não existem dados para indicar se é capaz de causar lesões teciduais em crianças hígidas.

Popularmente, associamos febre alta em crianças a convulsões. Antipiréticos não previnem o aparecimento de convulsões ou sua recorrência. Uma primeira convulsão febril acarreta baixo risco de mortalidade e morbidade e não se associa a qualquer dano cerebral. Somente uma minoria recorre e desenvolve epilepsia. Febre de breve duração e pouca intensidade (temperatura inferior a 40°C) correlaciona-se com risco de recidivas de convulsões.

Em crianças, febre é comum e causa comprometimento de estado geral, levando ansiedade a pais e cuidadores, a denominada *fobia da febre*. É importante investir em habilidades de comunicação, a fim de conhecer as ideias e preocupações dos pais para aconselhá-los sobre o assunto. O objetivo do tratamento sintomático da febre em crianças é reduzir a temperatura, não necessariamente manter a criança afebril.

Fonte: Fotolia.

Indicação de tratamento sintomático da febre

Adultos

- Grande desconforto associado à febre.
- Pacientes com reserva funcional miocárdia baixa, que podem desenvolver ou agravar insuficiência cardíaca pela febre.
- Pacientes desidratados ou com maior risco de desidratação.
- Idosos ou alcoolistas, que podem apresentar confusão e delírio pela febre.
- Temperatura ≥ 41 °C.

Crianças

- Temperatura ≥ 41 °C.
- Idade entre 6 meses e 3 anos.
- Idade menor que 6 anos, mas com história de convulsões.
- Comorbidades.
- Distúrbios hidroeletrolíticos.
- Anemia falciforme.
- Sepse.

O tratamento sintomático da febre facilita a avaliação da criança, tornando-a mais cooperativa e suprimindo a taquicardia e a taquipneia, diminuindo o desconforto quando presente. Porém, a maioria dos episódios febris tem duração curta e é autolimitada. Existem estudos que demonstram que a febre de grau moderado parece melhorar a resposta imunológica. Então, ao escolher tratar, leve em conta esses diversos argumentos.

Pergunta 2 – Como tratar a febre?

Medidas não farmacológicas, como resfriamento corporal (banhos ou compressas frias-mornas) e ambiental (arejamento do quarto), retirada de roupas e abundante hidratação também são efetivas na redução da temperatura, podendo ser usadas isoladamente ou em associação com antipiréticos, sobretudo enquanto se aguarda o período de latência dos medicamentos.

Diferentemente dos febris, os pacientes com hipertermia não se beneficiam do uso de antipiréticos de ação central. O resfriamento externo, com banhos e compressas frias, além da administração de fluidos, é o tratamento de escolha na **hipertermia induzida pelo calor** (insolação, intermação), sem o uso concomitante de antipiréticos.

Fonte: Fotolia.

Os principais medicamentos usados no controle da febre são o paracetamol, a dipirona, o AAS e o ibuprofeno.

Em crianças, a dose recomendada de **paracetamol** para recém-nascidos é de 10 a 15 mg/kg a cada 6 a 8horas, não ultrapassando 90 mg/kg em 24 horas. Para lactentes e crianças maiores, a dose é de 10 a 15 mg/kg a cada 4 a 6 horas, não devendo exceder cinco doses em 24 horas. Crianças maiores de 12 anos podem usar de 325 a 650 mg/dose a cada 4 a 6 horas, não excedendo 4 g ao dia.

A **dipirona** é uma opção ao paracetamol nos casos em que não existe alergia confirmada a ela. Ela não é recomendada pelo FDA dos EUA, pelo risco de anemia aplástica e agranulocitose. No entanto, é utilizada em vários países da América do Sul e no México, pela eficácia e acessibilidade. Esses países, como o Brasil, consideram que os efeitos adversos são tão raros que não se constituem em problema de saúde pública. Sua eficácia é semelhante à do ibuprofeno e superior à do paracetamol.

Fonte: Fotolia.

Fonte: Fotolia.

Em crianças, o ibuprofeno apresenta mesmo tempo de início de ação, porém duração mais prolongada (6 a 8 horas). Só deve ser prescrito para crianças com mais de três meses. A dose usual para crianças de 6 meses a 12 anos é de 5 a 10 mg/kg a cada 6 a 8 horas, não devendo ultrapassar 40 mg/kg ao dia.

Evite usar o ibuprofeno como primeira escolha para tratar febre em crianças e adultos. O ibuprofeno, em determinadas doses, tem efeito de um AINE e, como já discutimos, sua indicação deve seguir as mesmas precauções e tem os mesmos riscos de quando é usado no manejo da dor.

O **ácido acetilsalicílico** (**AAS**) não é recomendado para redução da febre em crianças, pelos seus paraefeitos, como broncoespasmo, úlceras e sangramento gástrico, nefrite intersticial e inibição da agregação plaquetária. Na infecção por vírus influenza ou

varicela-zoster, pode causar síndrome de Reye. Está formalmente contraindicado na suspeita de dengue, tanto em crianças como em adultos.

Tenha cuidado na prescrição de **apresentações líquidas orais com sabor** para crianças, pois, apesar de serem mais palatáveis, apresentam maior concentração de açúcar (risco para diabéticos), favorecendo a ocorrência de cáries. Além disso, suspensões podem conter partículas sólidas do fármaco, não dissolvidas mesmo depois da agitação.

Fonte: Fotolia.

Se a agitação não for adequada, podem ser oferecidas doses inferiores ou superiores em um mesmo volume. As preparações comerciais devem conter dispositivos calibrados que permitam administrar o volume correto, o que não é garantido com utensílios de uso doméstico.

Um erro frequente é usar antitérmicos em qualquer elevação de temperatura, sem levar em conta a variação diária, que oscila fisiologicamente entre 36°C no início da manhã e 37,5°C no fim da tarde.

Outro erro é a excessiva repetição de administrações, sem observar o período de latência desses fármacos. O desconhecimento do tempo necessário para se iniciar o efeito conduz à falsa ideia de que alguns antitérmicos (paracetamol e ibuprofeno, por exemplo) não sejam tão eficazes, exigindo a administração de outro agente (em geral, dipirona) para supressão da febre.

Não combine e evite ficar alternando antipiréticos em intervalos curtos para o controle da febre. Essa medida tem pouca eficácia se comparada com o uso habitual e eleva o risco de intoxicação.

2.4 Fechamento da unidade

Nessa unidade, apresentamos algumas ferramentas, habilidades e conceitos que o ajudarão a realizar escolhas racionais na AB. Revisamos juntos diversas recomendações baseadas em evidência para o manejo de situações comuns com pacientes, como indicações para uso racional de antibióticos, AINEs, analgésicos, antipiréticos, anti-hipertensivos, antidiabéticos, medicações para prevenção de DCV, antidepressivos, ansiolíticos e anticoncepcionais. Esperamos que tenha aproveitado esses conhecimentos e que sua prática seja aprimorada. Após o estudo das escolhas racionais vamos aprender, na próxima unidade, estratégias e desafios para promover o URM por meio da equipe multiprofissional.

Unidade 3

Promoção do uso racional de medicamentos: estratégias e desafios das equipes da Atenção Básica

Esperamos que, ao final desta unidade, você esteja capacitado a identificar e discutir os principais problemas e desafios para a promoção do uso racional de medicamentos, além de apresentar ferramentas e estratégias para a adesão e promoção do uso racional pela equipe da Atenção Básica.

3.1 Identificação dos problemas e desafios relacionados ao uso racional de medicamentos

Sabemos que o uso de medicamentos é uma parte importante dos processos de cuidados em saúde.

No cotidiano dos serviços, vivenciamos situações como a falta de medicamentos padronizados ou a prescrição de medicamentos não padronizados, que podem implicar a não aquisição desses pelos usuários. Essas situações podem estar relacionadas a prejuízos ao tratamento e a motivos de críticas por parte dos profissionais e usuários.

Fonte: Fotolia.

O não uso do medicamento recomendado pode resultar na ineficácia do resultado terapêutico esperado, implicando até a diminuição da resolutividade da Atenção Básica, uma vez que a complicação de uma doença, por exemplo, pode levar a uma necessidade de encaminhamento a um especialista ou a uma internação hospitalar.

Deparamo-nos, também, com situações como o uso excessivo ou o uso não recomendado de medicamentos, que podem implicar sérios riscos à saúde da população.

Cabe à Atenção Básica a garantia da disponibilidade dos medicamentos, mas também a realização de ações para evitar seu uso inadequado ou para lidar com as consequências desse uso inadequado. Essas ações são de responsabilidade de todos os profissionais da Atenção Básica, não somente de prescritores (médicos, dentistas e enfermeiros) e de farmacêuticos.

3.1.1 Automedicação, adesão e dispensação de medicamentos

Uma pesquisa realizada por Soler e colaboradores, em 2015, em um centro de saúde da cidade espanhola de Barcelona, apontou que 70% dos usuários entrevistados haviam utilizado medicamentos nos últimos três meses. Desses, 80% sabiam indicar o medicamento utilizado e qual o motivo do uso. No entanto, cerca de 90% não sabiam o nome do princípio ativo do medicamento e 70% acreditavam não fazer uso racional dos medicamentos.

URM em centro de saúde espanhol

Entrevistados	Usuários de um centro de saúde de Barcelona
Usaram medicamento recentemente	**70%** deles, nos últimos três meses
Destes...	...**80%** reconheciam o medicamento e o motivo do uso. ...**90%** desconheciam o nome do princípio ativo. ...**70%** acreditavam não fazer URM.

Reflexão

O que teria levado a grande maioria dos participantes da pesquisa a acreditarem não fazer uso racional dos medicamentos?

Um questionamento que pode ser feito aqui é o que seria entendido como racional pelos indivíduos. Seria racional somente o uso de medicamento prescrito por um profissional de saúde? Toda automedicação é irracional? Somente o conhecimento científico-biomédico é válido, é *racional*?

Vamos pensar na situação de uma mulher que sofre com dor nas costas e usa paracetamol ou dipirona para alívio dessa dor. Não se trata de uma escolha irracional e foi feita adequadamente pela mulher. Por partir do princípio de que a definição do necessário para os usuários deve ser feita por um profissional de saúde, levamos a crer que uma situação diferente é errada e expõe a pessoa a riscos. Essa situação é diferente, por

Fonte: Shutterstock.

exemplo, do uso de um antibiótico sem a devida orientação médica da patologia, o que pode implicar resistência bacteriana ou o não tratamento da doença, quando o quadro for de origem viral.

A *automedicação* consiste no uso de produtos, medicamentos industrializados, ou caseiros, sem prescrição médica, com a finalidade de tratar sintomas ou agravos de saúde autorreconhecidos (PAULO; ZANINI, 1988).

Nem toda automedicação é irracional, mas é preciso que o usuário obtenha informações para fazer as escolhas adequadas. Segundo a OMS, a automedicação orientada é uma forma de autocuidado à saúde (OMS, 1998).

Fonte: Fotolia.

O fato de os usuários da pesquisa realizada por Soler e colaboradores (2015) não reconhecerem o nome dos princípios ativos dos medicamentos pode levar a erros importantes na administração de medicamentos, como o uso duplicado do mesmo princípio ativo. No Brasil, está estabelecida a **obrigatoriedade** de prescrever os medicamentos pela denominação genérica para profissionais que atuam no serviço público de saúde. No entanto, ainda é expressivo o número de prescrições de medicamentos utilizando o nome comercial nos serviços públicos, conforme apontam os estudos de Oliveira e colaboradores (2012) e de Acurcio e colaboradores (2004).

▸ A prescrição com a denominação genérica do medicamento é obrigatória somente no SUS, conforme estabele a Lei n.º 9.787/1999. Nos demais casos, fica a critério do profissional responsável, podendo ser prescrito o nome genérico e (ou) comercial (referência ou similar).

Outro fator que pode interferir no URM é o uso inadequado das formas farmacêuticas. Daremos como exemplo o tratamento da asma com sprays inalatórios. Caso o usuário não receba as informações adequadas para realizar uma adequada técnica inalatória, o resultado terapêutico poderá não ser atingido e, com a condição de saúde agravada, serem acrescentados outros medicamentos ao tratamento. Outro exemplo é a ingestão de medicamentos com alimentos, quando para determinados medicamentos recomenda-se o uso em jejum (por exemplo: omeprazol), ou a partição de comprimidos revestidos, que pode interferir na absorção do fármaco.

A *dispensação* é uma etapa de crucial importância para a adesão e o uso racional dos medicamentos. Na dispensação, o usuário deve ser orientado sobre o uso correto do medicamento, incluindo informações sobre interações medicamentosas, uso dos medicamentos com alimentos e bebidas, horários de administração, uso adequado das formas farmacêuticas, entre outros.

Fonte: Shutterstock.

Fonte: Fotolia.

As informações podem ser fornecidas por meio de folhetos educativos e pela elaboração de esquemas com horários de tomadas dos medicamentos. Fique atento ao nível de alfabetização do usuário, podendo ser utilizados, nessa situação, símbolos (pictogramas) e cores para facilitar o entendimento.

Apesar da grande importância da dispensação para o uso racional de medicamentos, ainda é prevalente a entrega do medicamento sem a informação necessária, conforme apontam Angonesi e Rennó (2011). A grande demanda de atendimento nas farmácias das unidades de saúde, a estrutura física inadequada dessas farmácias e a ausência do profissional farmacêutico são identificadas como obstáculos para a realização de serviços farmacêuticos mais qualificados, entre eles a dispensação. As atividades gerenciais e administrativas da farmácia podem ser delegadas a profissionais técnicos, sob supervisão do farmacêutico, permitindo assim que esse profissional faça a dispensação dos medicamentos e o atendimento dos usuários.

Na dispensação, também podemos acompanhar a *adesão* dos usuários ao tratamento medicamentoso. A falta de adesão aos medicamentos é considerada um tema prioritário de saúde pública e contribui para a não obtenção de resultados clínicos desejados.

A adesão é geralmente mais elevada em tratamentos de condições agudas, quando comparada a tratamentos crônicos. É comum o entendimento de que a regressão ou a melhora de sintomas torna desnecessária a persistência do tratamento.

Castro, Corrêa e Von Diemen (2016) apontam a necessidade de os profissionais avaliarem como os usuários compreendem a doença e esclarecê-los sobre os benefícios do tratamento, identificando barreiras e obstáculos que dificultam a adesão.

É preciso reconhecer que uma parte relevante do uso racional não corresponde a ações e comportamentos do usuário. A ação de administrar o medicamento é ine-

Fonte: Fotolia.

rente ao usuário. Porém, o uso é um comportamento complexo que envolve muitos aspectos, além da administração. Muitas vezes, tendemos a achar, como profissionais de saúde, que a solução para conseguir o uso racional de medicamentos é a mudança comportamental do usuário, por meio de atividades de educação em saúde.

> **!** O uso racional não pode ser tomado como sinônimo do uso que o usuário faz do medicamento, se adequado ou não.

Cunha e colaboradores (2012), em pesquisa para analisar as representações sobre o URM em três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Dourados-MS, identificaram que os profissionais expressam representações de que a maior responsabilização pelo URM é atribuída ao usuário.

Obviamente, o uso correto do medicamento é um fator relevante para o uso racional. O que não se pode é fazer uma análise simplista de que promover o URM limita-se a educar o usuário e convencê-lo a aderir às prescrições ou a não utilizar medicamentos sem prescrição.

Fonte: Fotolia.

3.2 Planejamento das ações e estratégias para promover o URM

Com o que foi apresentado até aqui, você pode estar se perguntando sobre como realizar ações na Atenção Básica que promovam o uso racional de medicamentos. A primeira ação é a identificação de problemas relacionados ao uso racional, seguida da definição de estratégias para superação ou minimização desses problemas.

3.2.1 Identificação de problemas relacionados ao URM e planejamento das ações

Coelho, Pinheiro e Magarinos-Torres (2014) apontam que, para planejar um programa de promoção do URM, devemos conhecer:

- o perfil local de uso de medicamentos, como o consumo histórico e o consumo atual;
- a distribuição por grupos e subgrupos terapêuticos (por exemplo: Quais medicamentos são mais prescritos para gestantes? E para idosos? E para crianças? E para tratamento de problemas respiratórios?);
- o perfil de prescrição;

- os problemas logísticos frequentes, como desvios, desabastecimento, problemas no descarte, uso abusivo e outros;
- as listas de medicamentos padronizadas no município;
- as características estruturais, geográficas e demográficas da população;
- as características locais do sistema de saúde (estrutura e serviços ofertados, por exemplo).

Os autores destacam a necessidade de nos apoiarmos em evidências para subsidiarmos a definição de estratégias e intervenções para a promoção do URM.

3.2.2 Exemplos de ações para promoção do URM

Coelho, Pinheiro e Magarinos-Torres (2014) destacam que é essencial contar com a participação de diversos atores sociais na elaboração de ações para a promoção do URM, como profissionais de saúde, gestores, educadores, controle social e usuários dos serviços. A participação de prescritores, segundo os autores, é de grande importância, "uma vez que prescritores convictos das vantagens do URM têm maior possibilidade de serem ouvidos por seus pares" (p. 289).

O esquema a seguir apresenta exemplos de ações de promoção de URM no nível municipal.

Quadro 1 – Exemplo de ações de promoção de URM no nível municipal.

Estratégia	Exemplos de intervenções
Promover o URM entre prescritores e os dispensadores.	Divulgação de informações relevantes e atualizadas sobre medicamentos: elaboração de boletins, participação em sessões clinicas. Promoção de seminários de terapêutica. Oferta de serviço de informação sobre medicamentos e serviço de farmacovigilância.
Treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere à PNM.	Capacitação dos ACS na área de medicamentos. Suporte às atividades dos ACS na área de medicamentos.
Promover o URM entre a população.	Participação regular na mídia local: programas de rádio e televisão, colunas em jornais. Atividade regular em escolas: palestras e oficinas para estudantes e professores. Participação em atividades comunitárias: palestras em instituições, organizações e grupos da comunidade. Atividades educativas voltadas a pacientes e cuidadores.
Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos.	Treinar os profissionais da dispensação. Prover as unidades de dispensação com bom sistema gerencial ligado à CAF. Prover bibliografia de consulta sobre os medicamentos nas unidades de dispensação – minimamente a RENAME e o Formulário Terapêutico Nacional.
Definir e promover a REMUME.	Constituir CFT, com composição adequada e regularidade de funcionamento. Garantir divulgação da lista adotada. Garantir a disponibilidade dos medicamentos da lista. Promover a prescrição dos medicamentos da lista.

Legenda: ACS: Agentes Comunitários de Saúde / CAF: Central de Abastecimento Farmacêutico / CFT: Comissão de Farmácia e Terapêutica / PNM: Política Nacional de Medicamentos / REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais / URM: Uso Racional de Medicamentos.
Fonte: Coelho, Pinheiro e Magarinos-Torres (2014) adaptado de Brasil (1998).

A seguir, serão apresentados alguns exemplos práticos de ações a serem adotadas na Atenção Básica para a promoção do URM.

3.2.2.1 Proibição da propaganda de medicamentos e da distribuição de amostras grátis nas unidades de saúde

Uma ação de grande valia para a promoção do URM e para a adesão à lista dos medicamentos padronizados é a proibição da entrada de propagandistas da indústria farmacêutica nas unidades de saúde. É sabido que o principal efeito da propaganda é o condicionamento das prescrições, com base nas informações apresentadas pela indústria (não considerada como fonte adequada e isenta de informações) e em vantagens fornecidas para o prescritor, como brindes e viagens, conforme apontam Fagundes e colaboradores (2007).

Reflexão

Qual é a finalidade da visitação médica por representantes de laboratórios ou indústrias farmacêuticas nos serviços públicos?

Hoje, o serviço público é um dos grandes compradores de medicamentos. Portanto, inserir um medicamento na RENAME ou na REMUME pode ser vantajoso e lucrativo para a indústria farmacêutica.

Fonte: Fotolia.

É comum encontrarmos amostras grátis nas unidades de saúde, muitas vezes levadas por prescritores que recebem esses medicamentos em outros serviços de saúde. Quando questionados, os prescritores alegam entregar as amostras grátis com a intenção de ajudar os usuários, seja pela não presença do medicamento na REMUME ou pela falta dele nas farmácias das unidades de saúde.

Reflexão

Qual é a finalidade da amostra grátis? Com qual objetivo a indústria dispende recursos para a produção e distribuição de amostra grátis de medicamentos e de insumos de saúde?

Fonte: Fotolia.

A amostra grátis tem o objetivo de fidelizar o prescritor e o usuário e de gerar uma necessidade de consumo – vale dizer que, por vezes, não garante a finalização do tratamento. Assim, objetiva gerar uma necessidade de um medicamento não constante nas listas padronizadas e leva, entre outras situações, à dificuldade de adesão ao tratamento pelo usuário, à judicialização da saúde, por conta de processos na justiça para que o serviço público forneça o medicamento, e à pressão para a padronização do medicamento, mesmo que este não conte com evidência científica.

Boas práticas

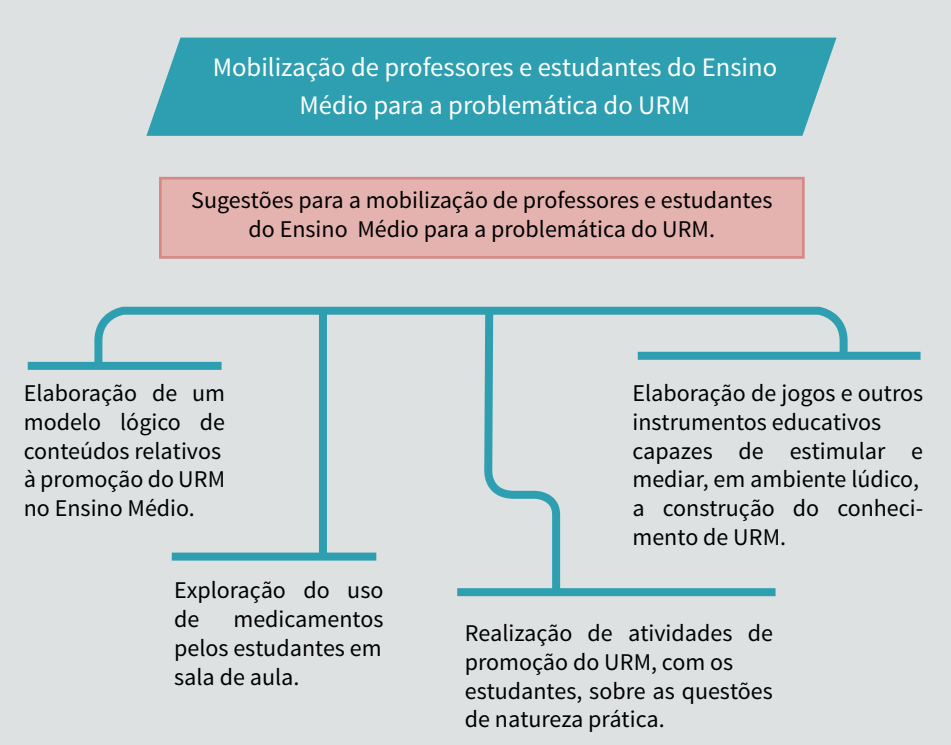
O município de Florianópolis estabeleceu, na Instrução Normativa n.º 03/2015, que organiza a assistência farmacêutica municipal, a proibição do ingresso de representantes de laboratórios farmacêuticos e o recebimento e guarda de amostra grátis de medicamentos em todas as unidades de saúde, bem como nos setores técnico-administrativos da Secretaria Municipal de Saúde.

Clique no link para acessar o documento: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_06_2015_16.03.52.26bb4113cfa29d0749b3e1909b5fc337.pdf.

Caso não estejam estabelecidas restrições à propaganda de medicamentos nem à distribuição de amostra grátis nas unidades de saúde do seu município, problematize a situação com os gestores e em espaços de discussão da unidade, como reuniões de equipe. Mesmo não estando normatizado pelo município, os profissionais da unidade de saúde podem pactuar ações relacionadas ao tema. Precisamos desmistificar a ideia de que, ao entregar uma amostra grátis de medicamento, o profissional está fazendo bem ao usuário.

3.2.2.2 Ações de promoção do URM nas escolas

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, instituído em 2007, é uma estratégia para a realização de ações de promoção do URM entre crianças e adolescentes. Coelho, Pinheiro e Magarinos-Torres (2014) apontam que essa estratégia deve ir além de uma proposta prescritiva, apoiando a construção da autonomia em relação ao uso de medicamentos, e que essas ações, geralmente, acabam impactando também a família.



Pinho e colaboradores (2011) relatam a atividade desenvolvida para estudantes do Ensino Fundamental com a utilização de ferramentas lúdicas na abordagem do tema URM. A atividade, realizada em dois dias, começou com a construção do conceito de

Fonte: Fotolia.

saúde pelas crianças, por meio do uso de um quebra-cabeça. Com o auxílio de uma filmagem sobre a história da vida de uma bruxa com hábitos de vida nada saudáveis, foram discutidos os conceitos de medicamento e automedicação. Foram abordados, também, os temas de cuidados com os medicamentos, de propaganda de medicamentos de e cuidados básicos capazes de promover saúde sem o uso de medicamentos.

3.2.2.3 Ações que envolvem o uso de benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais prescritos do mundo. A maioria das prescrições de medicamentos dessa classe é dirigida a mulheres e a idosos com insônia ou com queixas físicas crônicas (CASTRO et al, 2013).

Castro e colaboradores (2013) apontam que aumento da idade e ser mulher são fatores de risco para o uso prolongado de benzodiazepínicos. Assim, tanto para prescrito-

Fonte: Fotolia.

res quanto para usuários, os benzodiazepínicos são os medicamentos mais difíceis de interromper o uso.

Um centro de saúde do município de Florianópolis montou um grupo destinado a mulheres usuárias de medicamentos controlados, em especial de benzodiazepínicos, de uma microárea do território de abrangência. O grupo, denominado Amanhecer, conduzido pela médica de família de comunidade e pela farmacêutica residente, encontrava-se mensalmente. Os temas abordados buscavam ressignificar o uso dos medicamentos pelas mulheres, muitas delas com uso crônico há mais de uma década. Foram discutidos temas como o funcionamento dos medicamentos, relaxamento, homeopatia, higiene do sono, nutrição, saúde bucal, uso de fitoterápicos, trabalho voluntário, entre outros, todos sempre definidos pelas participantes do grupo. A construção de redes entre as participantes e o vínculo com a equipe proporcionaram expressiva redução do uso dos medicamentos.

Um grupo de educação em saúde, montado com o auxílio do NASF e de profissionais da ESF em duas UBS de Belo Horizonte, com usuários com insônia crônica, abordou nos encontros os seguintes temas: terapias cognitivas e comportamentais, higiene do sono, técnicas de relaxamento corporal, uso de plantas medicinais, Lian Gong, benefícios da atividade física regular no sono, locais de convivência social, lazer e entretenimento na comunidade, estimulando a troca de experiências entre os participantes.

Fonte: Fotolia.

Fonte: Fotolia.

Por meio da aplicação de um questionário, os realizadores do grupo apontam que os usuários apresentaram melhora na qualidade do sono e que 28% dos usuários, com o acompanhamento multiprofissional da equipe, iniciaram redução de doses dos medicamentos benzodiazepínicos (ANDRADE, 2013).

Outra forma de discutir o uso dos benzodiazepínicos na Atenção Básica é a elaboração de folhetos a serem colados nas prescrições ou entregues na dispensação dos medicamentos. Metanálise para analisar intervenções mínimas para diminuir o uso em longo prazo de benzodiazepínicos na Atenção Primária indicou que um folder ou uma única consulta pelo general practicioner (o equivalente ao médico de família e de comunidade), para os usuários crônicos, é uma estratégia eficaz e eficiente para reduzir (RR 2,04, IC 95% 1,48-2,83, I2 0%) ou cessar (RR 2,31, IC 95% 1,29-4,17, I2 0%) o uso do medicamento (MUGUNTHAN, K.; McGUIRE T.; GLASZIOU, P., 2011).

Sugerimos, então, a elaboração de um folder a ser anexado à prescrição dos benzodiazepínicos ou entregue no momento da dispensação, informando, em linguagem clara e breve, os malefícios do uso crônico do medicamento, estimulando a redução da dose e uma possível suspensão do uso no futuro, e colocando a equipe de saúde à disposição para orientar e apoiar essa decisão.

3.2.2.4 Grupos de educação em saúde

O trabalho com grupos, que são espaços de promoção da saúde, constitui importante recurso no processo de cuidado e na organização da Atenção Básica. A realização dos grupos deve ir além da organização da demanda, sendo reconhecida como uma estratégia terapêutica que promove a socialização e a troca de saberes e experiências entre os indivíduos que deles participam, fortalecendo os sujeitos (BRASIL, 2014).

Recomendamos que a participação no grupo não seja um restritor de acessibilidade ao, por exemplo, condicionar a dispensação de um determinado medicamento à presença obrigatória.

Saiba mais

No Caderno de Atenção Básica n.º 39 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a Gestão e para o Trabalho Cotidiano você pode acompanhar uma discussão sobre o trabalho em grupos e os fundamentos técnicos que facilitam a estruturação e a organização do trabalho em grupo.

Um exemplo dessa abordagem é a Roda de Conversas sobre Medicamentos, com os usuários do Centro de Referência em Saúde Mental, realizada em Betim-MG, sob a coordenação de uma farmacêutica e uma psicóloga. O grupo, de periodicidade semanal, tem por objetivo contribuir para a adesão dos usuários ao tratamento, formando uma consciência crítica em relação aos riscos e benefícios advindos do uso de medicamentos, com o emprego de perguntas norteadoras, músicas, vídeos, embalagens e bulas de medicamentos, além dos próprios medicamentos utilizados. Buscou-se, então, o espaço de diálogo, de troca e de socialização das experiências (COELHO; BRAGA, 2011).

Fonte: Fotolia.

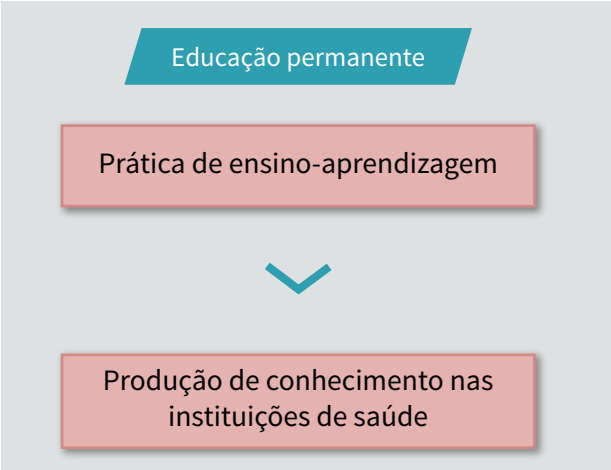
Fonte: Fotolia.

Os Farmacêuticos da Alegria, coletivo composto por estudantes da graduação em Farmácia e por farmacêuticos voluntários, sem fins lucrativos, desenvolvem ações na cidade de Aracaju-SE com o público-alvo (a criança hospitalizada) em temas de saúde, especialmente sobre URM, utilizando-se da arte do palhaço. Segundo Santos Júnior (2014), um dos resultados do projeto para os pacientes é a chance de aprender brincando sobre os riscos da automedicação e o cuidado com doenças, além da melhora e do bem-estar na estadia hospitalar.

O tema do URM pode ser discutido em grupos já normalmente realizados nas unidades de saúde, como os grupos de gestantes, crianças e de hipertensos e diabéticos.

3.2.2.5 Reuniões clínicas com profissionais prescritores e não prescritores

Conforme Ceccim e Ferla (2009), a educação permanente compreendida como *prática de ensino-aprendizagem* implica a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.



A realização de reuniões clínicas com profissionais da saúde (sejam eles prescritores ou não prescritores) pode ser uma estratégia para a promoção do URM. Nessas reuniões, podem ser discutidos casos clínicos ou temáticas específicas para rever e consensuar práticas clínicas que envolvem o uso de medicamentos, como o uso dos inibidores da bomba de prótons ou o uso de analgésicos e anti-inflamatórios. Relatórios das quantidades de medicamentos dispensados na farmácia ou a análise de prescrições podem fornecer subsídios para as discussões.

Fonte: Fotolia.

3.2.2.6 Atividades em sala de espera e semanas temáticas

O dia 5 de maio é reconhecido como o Dia Nacional do URM. Para promover o URM, o Movimento Estudantil de Farmácia lançou, em 1999, a *Campanha 5 de maio – pelo Uso Racional de Medicamentos.*

Considera-se boa prática a realização de atividades de sala de espera, de oficinas temáticas e até mesmo a criação de uma semana ou mês temático para debater o URM com a comunidade e o controle social. Podem ser elaborados folhetos, cartazes e faixas; filmes com a temática podem ser exibidos; podem ser promovidos debates e intervenções na comunidade, como, por exemplo, em escolas.

3.2.2.7 O papel do ACS na promoção do URM

O ACS tem papel de destaque no cuidado aos usuários no âmbito da Atenção Básica. Por meio das visitas domiciliares e do vínculo estabelecido com os usuários, o ACS pode identificar situações como a não adesão ao tratamento medicamentoso e o uso inadequado dos medicamentos (LASTE et al, 2012). É importante que o ACS acompanhe, atentamente, o uso dos medicamentos dos usuários.

Questionamentos que podem nortear o acompanhamento pelo ACS

Questionamentos norteadores

- Os medicamentos prescritos estão sendo utilizados de modo correto?
- Os pacientes sabem identificar os medicamentos em uso?
- Em que locais os medicamentos estão guardados?
- Os pacientes utilizam medicamentos sem prescrição?

Guimarães (2014), em uma pesquisa realizada com 246 ACS, no município de Palmas-TO, identificou que 88,02% não realizaram curso de capacitação específico sobre medicamentos, 75,51% consideram não ter conhecimento adequado e suficiente para dar orientações à população sobre medicamentos, 80,41% informaram que nenhuma vez foram discutidos pela equipe temas sobre medicamentos e 90,20% sentem necessidade dessa formação.

Capacitação de ACS sobre medicamentos

- **88,02%** — Sem capacitação específica sobre medicamentos.
- **75,51%** — Sem o devido conhecimento adequado para dar orientações.
- **80,41%** — Nunca discutiram os temas com a equipe.
- **90,20%** — Sentem necessidade de se capacitar.

Em Santa Maria de Jetibá-ES, os ACS foram capacitados com informações que visaram à promoção do URM. Entre elas, importância do uso correto dos medicamentos, intoxicação medicamentosa, importância de observar o prazo de validade, orientações sobre o armazenamento e descarte adequado de produtos vencidos.

O projeto foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e contou com o apoio da gestão municipal. Os ACS, agora, aplicam os conhecimentos adquiridos nas visitas à comunidade. Um dos impactos relatados pelos integrantes do projeto é a expressiva quantidade de medicamentos (vencidos ou não utilizados) destinados ao descarte, que foram recolhidos nas visitas domiciliares (ERDMANN; CORONA, 2014).

Saiba mais

Conheça o documento "O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos", elaborado em 2006 pelo Ministério da Saúde, que apresenta, por meio da discussão de situações-problemas, como o ACS pode contribuir na promoção do URM. O material é uma indicada referência para a elaboração de atividades de educação em saúde sobre medicamentos com ACS e está disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_agentes_saude_promocao_medicamentos.pdf.

3.3 Fechamento da unidade

Ao longo desta unidade, apontamos como a temática do URM está presente no cotidiano dos serviços das unidades de saúde, além de ações a serem desenvolvidas pelas equipes para promover o URM.

A Atenção Básica precisa promover acesso aos medicamentos, mas esse acesso deve estar acompanhado de serviços que promovam o URM. Nessa ação, todos são corresponsáveis: usuários, médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, outros profissionais que integram os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ACS, profissionais de nível médio, entre outros.

Esse debate deve ser ampliado. Procure levar a discussão junto às instâncias de controle social em saúde, como os Conselhos Locais de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde, e outros espaços de interlocução da sociedade.

O URM também deve ser entendido como objeto de aprendizagem de residentes e estudantes de graduação durante as vivências realizadas na Atenção Básica. A integração ensino-serviço é fundamental para enfrentar os desafios do uso racional de medicamentos no SUS.

O diagnóstico e o planejamento são importantes para auxiliarem as equipes na tomada de decisão e execução de ações que promovam o URM.

Fonte: Fotolia.

Encerramento do módulo

Esperamos que, concluído esse módulo, você tenha conseguido conhecer um pouco mais sobre o URM e as ferramentas para ser um agente promotor do uso racional de medicamentos. Esperamos que o conteúdo abordado contribua nas suas práticas do dia a dia da Atenção Básica de modo racional e que você possa utilizar as evidências científicas na prática clínica, para a obtenção de melhor qualidade de vida para o usuário.

Os autores

Referências

ACURCIO, F. A. et al. Analysis of medical prescriptions dispensed at health centers in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica*; v. 20, n. 1, p. 72-79. 2004.

AMAS (American Medical Student Association). *Principles regarding pharmaceuticals and medical devices*. Disponível em: htpp://www.amsa.org/hp/pharmpolicy.cfm. Acesso em: fev. de 2011.

AMS (American Medical Association). *Opinion of the Council on Ethical and Judicial Affairs E-8.061: gifts to physicians from industry*. Disponível em: http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4001.html. Acesso em: fev. de 2011.

Amy Jean-Jacques, Tripathi Vrijesh. Contraception for women: an evidence based overview. *BMJ*, 2009; 339:b2895

ANDRADE, T. R. Boa noite Belo Horizonte – assistência farmacêutica aos pacientes com insônia crônica. *Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS*. Ano I – número 01 – jul. 2013.

ANGONESI, D.; RENNÓ, M. U. P. Dispensação farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3883-3891, 2011.

BOING, Alexandra Crispim et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol. 29, n. 4, pp. 691-701. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400007 Acesso em: fev. de 2017.

BOING, Alexandra Crispim; VEBER, Ana Paula; SOLF, Fabíola. *Uso Racional de Medicamentos*. UNASUS. Florianópolis: UFSC, 2010.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, T. Kjellström. *Epidemiologia básica* – 2.ed. – Santos: Grupo Editora Nacional, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 971 – *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde*; Diário Oficial da União 2006; 03 mai.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 26. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Uso racional de medicamentos: temas selecionados* / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: http//www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm. Acesso em: jun. de 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 338/2004. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf. Acesso em: jun. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, *Tecnologia e Insumos Estratégicos. O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos* / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica*. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

CAPONI, S. N. C.; BRZOZOWSKI, F. S. Ética e medicalização. In: Leite et al. (org) *Políticas de saúde e acesso a medicamentos*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. p. 145-184.

CASTRO, G. L. G. et al. Uso de benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. *R. Interd*. v. 6, n. 1, p. 112-123. 2013.

CASTRO, M. S.; CORRÊA, P. M.; VON DIEMEN, T. Comunicação e adesão à farmacoterapia. In: SOARES, L.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N.; CAMPESE, M.; MANZINI, F. (org.) *Atuação clínica do farmacêutico*. Florianópolis: EdUFSC, 2016. p. 183-220.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2009. Disponível em: http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html. Acesso em: out. de 2016.

COELHO, J. S.; BRAGA, G. A. R. *Roda de conversa sobre medicamentos: construindo significados para o uso racional com usuários de um serviço de saúde mental*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos – 2009 – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 32-35.

COELHO, H. L. L.; PINHEIRO, R. M.; MAGARINOS-TORRES, R. Promoção do uso racional de medicamentos. In: OSORIO-DE-CASTRO et al. (org). *Assistência Farmacêutica* – gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 283-294.

CUNHA, K. O. A. et al. Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia Saúde da Família. *Ver. Esc. Enferm.* USP, v. 46, n. 6, p. 1431-1437. 2012.

DOWRICK, Christopher; FRANCES, Allen. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ*, v. 347, n. 7, p. f7140, 2013.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; DUNCAN, M. S.; GIUGLIANI, C. (organizadores). *Medicina Ambulatorial*: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EDELMAN A, Micks E, Gallo MF, et al. *Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception*. Cochrane Database of Syst Rev 2014;7:CD004695

ERDMANN, C.; CORONA, E. E. B. Capacitação dos agentes comunitários de saúde de Santa Maria de Jetibá (ES) para auxiliar na promoção do uso racional de medicamentos. *Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS*. Ano II - Número 02 – Junho/2014. p. 102-104.

FAGUNDES, M. J. D. et al. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. *Ciência e saúde coletiva*, v. 12, n. 1, p. 221-9. 2007.

FARIAS, A. D. et al. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. *Rev. Bras. Epidemiol*. [online]. 2007, vol. 10, n. 2, pp. 149-156.

FUCHS, S. C.; FUCHS, F. D. Métodos de investigação farmacológico-clínica. In: Fuchs, FD; Wannmacher, L. (Eds). *Farmacologia clínica*: Fundamentos da terapêutica racional. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. P. 9-25.

GUIMARÃES, M. S. A. *Perfil e ações dos agentes comunitários de saúde para promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da estratégia da saúde da família no município de Palmas-TO.* 2014. 112 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) — Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

GUSSO, Gustavo DF, LOPES, José MC, organizadores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade* – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012, 2222p.

HEPLER, C. D. Observations on the conference: a phamarcist's perspective. *American Journal of Health-System Pharmacy*, v. 57, p. 590-594, 2000.

HOGERZEIL, Hans V. The concepto of essencial medicines: lessons for rich countries. *BMJ* 2004;329, 1169-1172.

KTU (UCT). BMJ. FLORIANÓPOLIS. SMS. Diretoria de Atenção Primária em Saúde. *PACK Brasil Adulto: versão Florianópolis*. Florianópolis, 2016. 120p.

LAGE, E. A.; FREITAS, M. I. F.; ACURCIO, F. A. Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, suppl. 0, p. 133-139. 2005.

LASTE, G. et al. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1305-1312. 2012.

LEFEVRE, Fernando. A função simbólica dos medicamentos. *Rev. Saúde Pública*[online]. 1983, vol. 17, n. 6 pp. 500-503. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000600007&lng=en&nrm=iso. ISSN 1518-8787. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101983000600007. Acesso em: fev. de 2017.

LEITE et al. (org). *Gestão da Assistência Farmacêutica* – proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 167 p.

LEONARDO, N. S. T.; SUZUKI, M. A. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. Fractal, *Rev. Psicol*. vol. 28 n. 1. Rio de Janeiro Jan./Apr. 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1161. Acesso em: 12 out. 2016.

MANZINI, F.; MENDES, S. J. Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da assistência farmacêutica em âmbito municipal. In: LEITE et al. (org). *Gestão da Assistência Farmacêutica* – proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 95-146.

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

McWhinney IR. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

MEDRONHO, R.; CARVALHO D. M.; Bloch KV; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. (eds.); *Epidemiologia*. Atheneu, São Paulo, 2002, 493 pp.

MUGUNTHAN, K.; McGUIRE T.; GLASZIOU, P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2011 Sep;61(590):e573-8.

OLIVEIRA, N. S. C.; XAVIER, R. M. F.; ARAUJO, P. S. Análise do perfil de utilização de medicamentos em uma unidade de saúde da família, Salvador, Bahia. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 33, n. 2, p. 283-289. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Dpt. *Of Essential Drugs and other Medicines*. The role of Pharmacist in self care-medication. 1998. Disponível em: http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip32e/whozip32e.pdf. Acesso em: fev. de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales*. Genebra, 2002.

PAULO, L. G.; ZANINI, A. C. Self medication in Brazil. AMB *Rev. Assoc. Med.* Bras; 34(2):69-75, mar. abr. 1988.

PINTO, M. M. M.; BARROS, V. B.; CARDAMONI, R. V.; MARCUSSI, F. L.; PINTO, T. J. A. Experiência de utilização de ferramentas lúdicas na abordagem do tema uso racional de medicamentos para alunos do Ensino Fundamental. *Rev. Bras. Farm.* n. 92, v. 1, p. 23-32. 2011. Disponível em: http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2011-92-1-5.pdf. Acesso em: jun. de 2016.

ROSSELLA E. Nappi, Andrew M. Kaunitz & Johannes Bitzer (2016). Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21:2, 106-115, DOI: 10.3109/13625187.2015.1107894

SANTOS JUNIOR, G. A. Farmacêuticos da Alegria: quem disse que açúcar e afeto não podem curar? *Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS*. Ano II – Número 02 – Junho/2014. p. 41-45.

SANTOS, R. I.; SOARES, L. Saúde e cidadania. In: Leite et al. (org) *Políticas de saúde e acesso a medicamentos*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. p. 57-110.

SOARES, L. *O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos:* modelo teórico e elementos empíricos. 2013. 249 p. Tese (doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SOLER, R. P. et al. Establecimiento de los conocimientos, actitudes y opiniones de la población sobre el uso racional de medicamentos. *Atencion Primaria,* v. 47, n. 7, p. 446-455, ago./sept. 2015.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STEWART, Moira. *Medicina Centrada na Pessoa.* Porto Alegre: ARTMED, 2010, 376p.

TYRAWSKI, J.; DeANDREA, D. C. Pharmaceutical companies and their drugs on social media: a content analysis of drug information on popular social media sites. *J Med Internet Res;* 17(6): e130, 2015.

WANNMACHER, Lenita. *Importância dos Medicamentos Essenciais em Prescrição e Gestão Racionais.* Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Ministério da Saúde/OPAS. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Twelve key interventions to promote more rational use. Geneva: *WHO,* 2011.

World Health Organization. The rational use of drugs. Reporto f the Conference of Experts. Geneva: *WHO,* 1985.

World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th edn.* World Health Organization, Geneva. 2015.

YUDKIN, John S.; MONTORI, Victor M. The epidemic of pre-diabetes: the medicine and the politics. *BMJ* 2014;349:g4485.

Minicurrículo dos autores

Alexandra Crispim Boing

Graduada em farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (em 2004), especialista em Saúde da Família (em 2005) pela Universidade Federal de Santa Catarina, em Farmácia Clínica pela Universidade Regional de Blumenau (em 2010) e com MBA Executivo em Administração Global pela ESAG/Universidade Independente de Lisboa (em 2006). Realizou o seu primeiro mestrado em Gestão de Políticas Públicas pela Universidade do Vale do Itajaí (em 2008) e o segundo mestrado em Saúde Coletiva (em 2010), com área de concentração em Epidemiologia, na Universidade Federal de Santa Catarina. O seu doutorado em Saúde Coletiva foi concluído na mesma universidade, em 2013. No mesmo ano, foi coordenadora técnica de campo da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização de Medicamentos e Promoção do Uso Racional (PNAUM) e realizou pós-doutorado na Harvard School of Public Health (HSPH). É líder do Grupo de Pesquisa em Farmacoepidemiologia e pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Desigualdades Sociais em Saúde. Sua área de interesse em pesquisa é a vigilância das desigualdades em saúde, com foco na avaliação de sua magnitude e fatores associados. Em especial, tem se aplicado ao estudo de acesso aos medicamentos e aos gastos catastróficos em saúde. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, Epidemiologia, Vigilância em Saúde, Farmacoepidemiologia e Economia da Saúde.

Endereço do currículo na plataforma lattes:
http://lattes.cnpq.br/0432995506079351

Ronaldo Zonta

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005/2), com residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre-RS (2008). Atualmente, é médico de família e comunidade da Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC. Atua como coordenador pedagógico do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da SMSFlorianópolis e como guideline leader e lead trainer do Projeto PACK Brasil Adulto em Florianópolis. Tem experiência e atua, principalmente, nos seguintes temas: educação de profissionais de saúde, saúde coletiva, medicina de família e comunidade, estratégia saúde da família, humanização em saúde, gestão de coletivos para o trabalho em saúde, planejamento estratégicosituacional, medicina baseada em evidências e construção de protocolos clínico-assistenciais.

Endereço do currículo na plataforma lattes:
http://lattes.cnpq.br/0993619602961230.

Fernanda Manzini

Graduada em Farmácia (2007), especialista em Saúde da Família/modalidade Residência (2010) e mestre em Farmácia (2013), ambos pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Farmácia da UFSC (PGFAR/UFSC). Diretora da Escola Nacional dos Farmacêuticos (2013/2016) e do Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Santa Catarina (2015/2018). Conselheira do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina (2015/2018) e do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis (2016/2018). Integrou a Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD (UFSC/Ministério da Saúde). Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis-SC. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços farmacêuticos da UFSC.

Endereço do currículo na plataforma lattes:
http://lattes.cnpq.br/1917157621712374.

MINISTÉRIO DA
SAÚDE