



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO BACHARELADO EM FARMÁCIA**

**AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS DO HOSPITAL REGIONAL DE
CURRAIS NOVOS – RN: UM ENFOQUE NA COMPLEXIDADE TERAPÊUTICA E
INDICADORES DE PRESCRIÇÃO.**

MARÍLIA GABRIELA DE LIMA MARTINS

**CUITÉ – PB
2013**

MARÍLIA GABRIELA DE LIMA MARTINS

**AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS DO HOSPITAL REGIONAL DE
CURRAIS NOVOS – RN: UM ENFOQUE NA COMPLEXIDADE TERAPÊUTICA E
INDICADORES DE PRESCRIÇÃO.**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande como forma de obtenção do título de bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof. Msc. Andrezza Duarte Farias

CUITÉ - PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE

Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

M386a Martins, Marília Gabriela de Lima.

Avaliação das prescrições médicas do Hospital Regional de Currais Novos / RN: um enfoque na complexidade terapêutica e indicadores de prescrição. / Marília Gabriela de Lima Martins. – Cuité: CES, 2013.

41 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Andrezza Duarte Farias.

1. Prescrição médica. 2. Prescrição médica - indicadores.
3. Complexidade terapêutica. I. Título.

MARÍLIA GABRIELA DE LIMA MARTINS

**AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS DO HOSPITAL REGIONAL DE
CURRAIS NOVOS – RN: UM ENFOQUE NA COMPLEXIDADE TERAPÊUTICA E
INDICADORES DE PRESCRIÇÃO.**

Monografia apresentada ao Curso de
Bacharelado em Farmácia da
Universidade Federal de Campina Grande
como forma de obtenção do título de
bacharel em Farmácia.

Aprovada em 09 /04 /2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. MsC. Andrezza Duarte Farias (Orientador)

(Orientador/UAS/CES/UFCG)

Prof. Dr. Rand Randall Martins

(Examinador) /UAS/CES/UFCG)

Msc. Luzia Leiros de Sena Fernandes

(Examinador interno/UAS/CES/UFCG)

Dedico este trabalho a Deus que me deu o dom da vida. Ao meu pai, que está presente espiritualmente todos os dias no meu coração, que é responsável pela pessoa que me tornei, ensinando-me que o bom humor, a alegria e a simpatia são essenciais para a busca da felicidade. A minha mãe, mulher guerreira, que em nenhum momento deixou de medir esforços para completar esta etapa, muitas vezes deixou de lado os seus sonhos e acreditou no meu. Mostrou-me que a honestidade e o respeito são primordiais e que para ser grande é preciso ser perseverante e forte. Ela que é exemplo de coragem, de orgulho e de lição de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

A minha mãe, Iraneide Dantas de Lima Martins, que tanto torceu e torce pelo meu sucesso e felicidade, ao meu grande amigo e precioso irmão, George Augusto de Lima Martins, que nunca hesitou em me dar forças ao longo da minha vida, mostrando-me sempre o melhor caminho. Ao meu Pai, Jose Augusto Martins (In Memoriam), que mesmo sem sua presença física está sempre presente em meu coração e pensamento, e sei que onde estiver esta vibrando junto comigo. Agradeço a toda minha família que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Aos meus avós, Josefa e José Américo, que contribuíram e me apoiaram na minha caminhada. Dando-me ensinamentos que levarei para toda a vida.

À minha orientadora, MsC. Andrezza Duarte Farias, que dedicou muito do seu tempo me orientando, embora tivesse outros interesses a resolver. Obrigada pelos ensinamentos, atenção, amizade e dedicação ao longo deste período. Ela foi peça chave para tudo isso se concretizar. Serei eternamente grata.

Ao Prof. Dr. Rand Randall Martins, meu co-orientador que além de ser o responsável pelos meus conhecimentos de farmácia hospitalar se dedicou e me incentivou a este trabalho. Obrigada pela confiança, amizade e dedicação.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes.

Aos funcionários do hospital regional de Currais Novos pelo acolhimento e atenção ajudando de forma direta para conclusão da monografia.

Obrigada a todos vocês por participarem desta minha etapa, pois direta, ou indiretamente me fizeram crescer, tanto pessoalmente como profissionalmente.

*“Antes de entrar numa batalha é preciso acreditar
no motivo da luta”.*

(Autor Desconhecido).

RESUMO

A prescrição médica constitui-se como documento determinante para a utilização de medicamentos. A partir de sua análise, é possível conhecer a racionalidade e o grau de complexidade da terapêutica realizada. O Índice de Complexidade Terapêutica (ICT) considera a forma farmacêutica, frequência de dosagem e instruções adicionais subjacentes à tomada da medicação e assim evidencia o grau de dificuldade para administração dos medicamentos. O trabalho objetivou avaliar as prescrições médicas do Hospital Regional da cidade de Currais Novos, RN- identificando o ICT, os indicadores de prescrições e os medicamentos mais utilizados no hospital. Foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo, de base documental onde foram analisadas as prescrições médicas arquivadas das alas de clínica médica, cirúrgica, obstetrícia e pediatria, no período de julho a dezembro do ano de 2012. Foram identificados o gênero, faixa etária, tempo de internamento dos pacientes e os dados dos medicamentos. Para determinação do ICT e Indicadores de Prescrição Médica utilizou-se o Medication Regimen Complexity Index (MRCI) e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), respectivamente. Os medicamentos seguiram a classificação internacional da Anatomical Therapeutic Chemical (ATC). As análises dos dados foram feitas utilizando o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0. Dos pacientes internados, 66,7% eram do gênero feminino, 60,3% jovens e adultos e a média do tempo de internação foi de 2,99 dias. Foram identificados 2262 medicamentos a partir de 604 prescrições médicas. A média de ICT foi de 27,9 (mínimo 1 e máximo 64). A média de medicamentos por receita foi de 3,7, a porcentagem de medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira (DCB) foi 73,9%, a prescrição conforme a Relação de Medicamentos Essenciais foi 83,1%, a porcentagem de antibióticos foi 30,7% e a prescrição de injetáveis por receita foi 75,3%. A partir da classificação pela ATC, observou-se que os 30,7% dos medicamentos tinham ação no grupo J, seguidos do grupo A (29%). Os medicamentos mais prescritos foram dipirona (19,1%), cefalotina (14,4%). Observou-se um ICT elevado, assim como a prescrição de antibióticos. Concluiu-se a necessidade de avaliar esquemas terapêuticos para obter um menor ICT, juntamente com a avaliação das receitas médicas devido o seu uso abusivo e da prescrição de medicamentos fora da denominação comum brasileira.

Palavras-chave: Prescrição Médica. Indicador de Prescrição Médica. Índice de complexidade terapêutica

ABSTRACT

The prescription constitutes determinant document to use of drugs . From their analysis, it is possible to know the degree of rationality and complexity of therapy performed. The medication complexity index (LCI) considers the dosage form, dosage and frequency of additional instructions underlying the taking of medication and thus shows the degree of difficulty in administering medication. The study aimed to evaluate the prescriptions of the Hospital Regional from Currais Novos City , RN, identifying ICT, indicators prescriptions and medications commonly used in the hospital. Was conducted a descriptive and retrospective study, of documentary database, where we analyzed the prescriptions archived of the ward medical clinic,surgical , obstetrics and pediatrics, in the period from July to December of the year 2012. Was identified the gender, age, length of hospital patients and the data of medicines. For determination of ICT and Prescribing Indicators used the o Medication Regimen Complexity Index (MRCI) and the recommendations of the World Health Organization (WHO), respectively. The drugs followed the International Classification of Anatomical Therapeutic Chemical (ATC). Data analysis was performed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 17.0. 66.7% of patients were female , 60.3% youth and adults, and the average length of hospital of stay was 2.99 days. 2262 medications were identified from 604 prescriptions. Mean ICT was 27.9 (minimum 1 and maximum 64). The average number of drugs per prescription was 3.7, the percentage of drugs prescribed by the Brazilian Common Denomination (DCB) was 73.9%, according to the prescription ratio of Essential Medicines was 83.1%, the percentage of antibiotics was 30 7% and the prescription of injectables per prescription was 75.3%. From the classification by ATC, it was observed that 30.7% of the drug action were in the group G, followed by Group A (29%). The most prescribed drugs were dipyrone (19.1%), cephalothin (14.4%). Was observed an high LCI, and the prescribing of antibiotics. Was concluded the need to evaluate schemes therapeutic for lower ICT, together with the assessment of prescriptions due to the abuse of drugs in the writing of medicines outside the common name Brazilian.

Keyword: Prescribing, Prescribing Indicator, Index therapeutic complexity

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição do tempo de internamento dos pacientes durante o período de julho a dezembro, 2012	27
Figura 2	Distribuição dos medicamentos prescritos por grupos segundo a classificação da ATC.	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Setores de origem das prescrições médica analisadas durante o período de julho a dezembro, 2012	27
Tabela 2	Características dos pacientes internados durante o período de julho a dezembro, 2012.....	27
Tabela 3	Distribuição das médias do ICT e medicamentos por prescrição em relação aos setores de origens das prescrições médicas analisadas durante o período de julho a dezembro, 2012.....	28
Tabela 4	Distribuição da relação do ICT com setores do hospital e faixa etária dos pacientes internados no período de julho a dezembro, 2012.....	29
Tabela 5.	Indicadores das prescrições médicas analisadas no período julho a dezembro, 2012.....	30
Tabela 6	Relação dos medicamentos mais prescritos durante o período de julho a dezembro, 2012.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AR	Ação Requerida
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CM	Complexidade por Medicamento
CF	Complexidade por Frequência
CD	Complexidade da Dose
DCB	Denominação Comum Brasileira
FIA	Frequência de Instrução Adicional
IA	Instrução Adicional
ICT	Índice de Complexidade Terapêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MRCI	Medication Regimen Complexity Index
N	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PRM	Problemas Relacionados com Medicamentos
RME	Relação de Medicamentos Essenciais
RN	Rio Grande do Norte
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
URM	Uso Racional de Medicamentos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTI NEO	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Objetivo Geral.....	15
2.2	Objetivo Específico.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1	Uso Racional de Medicamentos e Prescrição médica.....	16
3.2	Erros de medicação e Complexidade do Regime Terapêutico.	17
3.3	Indicadores de prescrição médica.....	20
4	METODOLOGIA.....	22
4.1	Tipo de Estudo.....	22
4.2	Local de Estudo.....	22
4.3	Período de Estudo.....	23
4.4	Coleta de Dados.....	23
4.5	Critérios de Inclusão.....	25
4.6	Critérios de Exclusão	25
4.7	Análise dos Dados.....	25
4.8	Considerações Éticas	25
5	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	26
6	CONCLUSÕES.....	34
	REFERÊNCIAS.....	35
	APÊNDICE.....	39

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Portaria GM/MS 3.916/98 e a Portaria SVS/MS 344/98, a prescrição médica é “o ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente com a respectiva dosagem, duração do tratamento e orientação de uso”. Em geral esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita (prescrição medicamentosa), quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado, por um profissional legalmente habilitado. (BRASIL, 1998a; BRASIL,1998b).

Com base no *Guia Para a Boa Prescrição Médica* da Organização Mundial da Saúde (OMS), após selecionar o tratamento medicamentoso e escrever a receita, o médico deve informar o paciente sobre: os objetivos a curto (ou a longo) prazo do tratamento instituído; como, quando e por quanto tempo deve tomar o medicamento; seus benefícios e riscos (interações medicamento-medimento ou medicamento-alimento, reações adversas, intoxicações); procedimentos a seguir se surgirem alguns efeitos adversos; como guardar os medicamentos; e o que fazer com as sobras. Trata-se, portanto, de informações importantes para a qualidade e quantidade do consumo de medicamentos, porém o ato da prescrição sofre influências do conhecimento do prescritor, das expectativas do paciente e da indústria farmacêutica (OMS, 1998).

As farmácias têm como uma das funções primordiais a dispensação dos medicamentos de acordo com a prescrição médica, nas quantidades e especificações solicitadas, de forma segura e no prazo requerido, promovendo o uso seguro e correto de medicamentos e correlatos (ARAUJO; UCHOA, 2011). No Brasil, as farmácias hospitalares têm evoluído e se organizado com o objetivo principal de contribuir para a qualidade da assistência à saúde. Tendo o medicamento como instrumento para o pleno exercício dessa função, devem ter como foco de atenção o paciente e suas necessidades. Assim, a organização e a prática nas farmácias devem prevenir que erros relacionados aos medicamentos ocorram (NEVES, 2008).

Dentre os processos que envolvem o ciclo do medicamento está o da prescrição que deve ser legível, não apresentar nenhum equívoco, datadas e assinadas com clareza para comunicação entre o prescritor, o farmacêutico e o enfermeiro. Além disto, uma boa prescrição deve conter informações suficientes para permitir que o farmacêutico ou o

enfermeiro detectem possíveis erros antes de o fármaco ser fornecido ou administrado ao paciente (ARAUJO; UCHOA, 2011).

Segundo Guzotto e Bueno (2007), “erro de medicação é qualquer evento que pode ser considerável evitável e que pode causar algum dano ao paciente ou dar lugar a uma utilização inapropriada dos medicamentos”. O erro gerado através de uma prescrição pode acarretar diversos problemas. Neste contexto, a falta de compreensão da prescrição, que pode ser causada pela falta de legibilidade, pode ter como consequências graves erros de dispensação, da medicação equivocada gerando desconforto ao paciente, o agravamento de quadros e o surgimento de possíveis sequelas (ARAUJO; UCHOA, 2011).

A complexidade do regime terapêutico é uma questão de extrema importância para a análise da dificuldade em se adequar ao tratamento prescrito por um médico. De modo geral, se aceita que a complexidade da farmacoterapia consiste de múltiplas características do regime prescrito, incluindo, pelo menos, o número de diferentes medicações no esquema, o número de doses por dia, o número de unidades de dosagem por dose, o número total de doses por dia e as relações da dose com a alimentação (MELCHIORS et al., 2007).

O surgimento cada vez maior de doenças crônicas e mudanças no perfil epidemiológico, fez com que fosse necessário tratamento múltiplos, conhecido também como polifarmácia. A dificuldade de entender uma prescrição médica e de administrar os fármacos da maneira correta influi diretamente no resultado esperado. Visto que quanto maior o número de medicamentos usados por dia, maior a probabilidade de ocorrer um erro e maior o risco de interações de reações adversas, prejudicando a saúde do paciente.

Uma das preocupações da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a disseminação da utilização racional dos medicamentos. Seguindo essa orientação, a Política Nacional de Medicamentos (PNM), apresentou como uma de suas diretrizes e prioridades a promoção do “Uso Racional de Medicamento” (URM) (BRASIL, 1998a). O URM é definido como o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos, no período de tempo indicado, de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. Portanto, a prescrição apropriada é um componente importante para a utilização adequada do medicamento, no entanto, no Brasil, ainda há poucas informações sobre a qualidade das prescrições (ROSA, 2005).

Portanto, faz-se pertinente estudar a qualidade e a complexidade do regime terapêutico das prescrições médicas, a fim de conhecer as informações contidas e assim identificar possíveis erros para orientar intervenções que propiciem mais segurança para o tratamento dos usuários de medicamentos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar as prescrições médicas do Hospital Regional da cidade de Currais Novos, RN.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a complexidade do regime terapêutico das prescrições médicas.
- Verificar os indicadores de prescrições médicas;
- Identificar os medicamentos mais prescritos no hospital.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Uso Racional de Medicamentos e Prescrição médica

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) constitui o principal instrumento para a orientação das ações de saúde relacionadas aos mesmos. Apresenta como principais objetivos "garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais" (BRASIL, 1998b).

Para tanto, possui algumas prioridades, entre as quais está a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM), que "compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade" (BRASIL, 1998a).

Os avanços nas pesquisas de novos fármacos, em conjunto com sua promoção comercial, criaram uma excessiva crença da sociedade em relação ao poder dos medicamentos. Desta forma a sua prescrição torna-se quase obrigatória nas consultas médicas, sendo o médico avaliado pelo paciente por meio do número de formas farmacêuticas que prescreve. Assim, a prescrição do medicamento tornou-se sinônimo de boa prática médica, justificando sua enorme demanda (MELO, 2006).

A prescrição ou receita médica é um instrumento essencial para a terapêutica e para o URM, pois deve conter as informações necessárias sobre o medicamento: a dose, a frequência e a duração do tratamento adequado para o(s) problema(s) do paciente. Trata-se de um documento escrito que reflete o resultado do raciocínio clínico elaborado com os dados da história e do exame físico do paciente, acrescido, quando indicado, de resultados de exames subsidiários, permite avaliar a qualidade do atendimento, contribuindo para a otimização do resultado clínico e dos recursos destinados a atenção à saúde (MEINERS; BERGSTEN, 2001). Por isso, a qualidade e quantidade do consumo de medicamentos estão sob ação direta da prescrição, sendo que esta sofre inúmeras influências, que vão desde a oferta de produtos e as expectativas dos pacientes até a propaganda das indústrias produtoras (OPAS, 1995).

O prescritor tem a responsabilidade de elaborar uma prescrição medicamentosa que transmita de forma completa, as informações para todos os profissionais que utilizam este documento, devendo uma prescrição completa possuir os seguintes elementos: nome do paciente, dados específicos do paciente, nome genérico ou comercial do medicamento, dosagem, forma farmacêutica, quantidade a ser dispensada, instruções completas para o uso (incluindo via de administração e frequência), motivo da prescrição e número de unidades ou duração da terapia (SANTOS, 2010).

A prescrição exerce papel fundamental no tratamento medicamentoso. No ambiente hospitalar, é responsável pela interligação entre toda a equipe de saúde. A prescrição é o resultado de um complexo processo cognitivo, com a integração de vários elementos: características do paciente, condição clínica, objetivos, da terapia, regras institucionais, preferências da equipe médica, de enfermagem e do paciente. É um instrumento essencial para a comunicação dos profissionais de saúde, envolvendo o médico que prescreve, o farmacêutico que dispensa e a equipe de enfermagem que administra. Caracteriza-se, portanto, por um procedimento multiprofissional, estando todos sujeitos à legislação de controle e vigilância sanitária. (AGUIAR, 2006; SOUZA, 2008).

A falta de informação na prescrição pode interferir com a comunicação interprofissional, prejudicando-a, e pode levar a erros de medicação ao paciente. A qualidade da informação encontrada na prescrição médica, com ausência de alguns dados, pode acarretar problemas relacionados com medicamentos, de complexidade e magnitude diferentes. A qualidade da assistência farmacêutica e a documentação legal dos pacientes também ficam prejudicadas. As consequências podem variar desde o aumento no tempo de permanência hospitalar até a elevação das taxas de mortalidade. (ARAUJO; UCHOA, 2011; MARQUES, 2000).

3.2 Erros de medicação e Complexidade do Regime Terapêutico

Os erros de medicação constituem um aspecto de importância dentro da assistência à saúde, quando se trata de promover o uso racional de medicamentos. O Instituto de Medicina Americana informa que entre 44.000 e 98.000 americanos morrem anualmente em decorrência de erros na medicação e que esses erros ocorrem em 2% a 14% dos pacientes hospitalizados (ARAUJO; UCHOA, 2011).

É definido como erro de medicação qualquer evento que possa ser evitado e que, de fato ou potencialmente, leve ao uso inadequado de medicamento. Isso significa que o uso inadequado pode ou não lesar o paciente, não importando se o medicamento está sob o controle de profissionais de saúde, do paciente ou do consumidor (PERINI; ROSA, 2003)

Os eventos adversos que podem ser prevenidos e relacionados a medicamentos são produzidos por erros de medicação e a possibilidade de prevenção é uma das diferenças marcantes entre as reações adversas e os erros de medicação. A reação adversa a medicamentos é considerada como evento inevitável, ainda que se conheça a sua possibilidade de ocorrência, e os erros de medicação são, por definição, preveníveis. Decorre disso que, com ações bem planejadas, é possível prevenir os erros, melhorando a qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde (PERINI; ROSA, 2003).

O erro pode estar relacionado à prática profissional, a produtos usados na área da saúde, procedimentos, problemas de comunicação “incluindo-se prescrição, rótulo, embalagem, nome, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos” (BRASIL, 2005).

Dentre os erros de medicação, está o de prescrição, o qual contribui significativamente para o índice total dos erros de medicação e tem elevado potencial para resultar em conseqüências maléficas para o paciente. Estima-se que, em cada dez pacientes admitidos no hospital, um esteja em risco potencial ou efetivo de erro na medicação. Esse risco aumenta quando os profissionais não conseguem ler corretamente as prescrições, devido à letra ilegível ou à falta de informações necessárias para a correta administração, como via, frequência, etc. (ARAÚJO; UCHOA, 2011).

No ambiente hospitalar, o primeiro passo para prevenir os erros de medicação e aumentar a segurança para os pacientes envolve, necessariamente, a prescrição de medicamentos, já que essa é a primeira etapa do circuito dos medicamentos no hospital. A prescrição de medicamentos é uma atividade importante para o processo de cuidados assistenciais aos pacientes e representa ação médica fundamental. Contudo, a grande quantidade de fármacos e produtos comerciais disponíveis no mercado, os frequentes lançamentos e a enorme quantidade de interações de medicamentos e de efeitos adversos fazem com que esta importante etapa do processo de atendimento seja susceptível a erros (DEL FIOL, 1999).

As prescrições médicas inadequadas às diretrizes técnicas podem contribuir para a ocorrência de problemas relacionados aos medicamentos, principalmente de efetividade e segurança (FREDERICO, 2006). Os maus hábitos prescritivos podem originar tratamentos ineficientes, agravar ou prolongar as enfermidades, a tensão e os danos ao paciente, além de aumentar os custos. Estudos apontam que 39% dos erros no processo de uso de medicamentos ocorrem na fase de prescrição (LEAPE et al ., 1995).

Em um estudo americano que avaliou os erros de medicação, foi verificado que 50% desses ocorreram na transcrição e administração, sendo mais frequentes os erros de frequência e de dose, 39% na prescrição médica, sendo o erro de dose o mais frequente, e 11% na dispensação, sendo os mais frequentes o erro de dispensação, a droga errada e a dose errada (ROSA; ANACLETO, 2012). Em um hospital universitário do Ceará, foram registradas a ausência de uma ou mais informações importantes para garantir a segurança da dispensação e administração dos medicamentos em 75% dos medicamentos prescritos. Os problemas mais frequentes foram: omissão da concentração, forma farmacêutica, posologia, via de administração e quantidade/dose do medicamento, achados semelhantes aos de Rosa (2002). Neri (2004) demonstrou ainda que em 474 prescrições estudadas, 99,6% continham erros e em 83% foi identificado pelo menos um erro clinicamente significativo. A média de erros por prescrição foi de 17,5, com 2,6 erros clinicamente significativos por prescrição. (ROSA, 2012).

Observou-se que um dos fatores que contribuem para os erros de medicação é a complexidade do regime terapêutico, que por sua vez estima o grau de dificuldade que os usuários enfrentam para cumprir e seguir suas prescrições e o alto grau de complexidade terapêutica pode resultar em perda da autonomia e independência (BARBOSA, 2009) Para definir a complexidade de um esquema terapêutico deve-se levar em consideração: a frequência de administração, a frequência de dose, o número de unidades a ser administrada por vez, a forma farmacêutica, Instruções especiais, tais como a relação da tomada com a alimentação.

Será logicamente válido, por exemplo, pensar que o uso de quatro formas farmacêuticas distintas, cada uma com doses e frequências diferentes e instruções especiais complexas, seja mais difícil do que o uso de quatro medicamentos com a mesma forma farmacêutica, tomados todos ao mesmo tempo e sem instruções adicionais. Do mesmo modo, medicamentos administrados periodicamente (ex. uma vez por semana) será uma fonte de

complexidade acrescida e constituem um risco para a não adesão ao tratamento. O índice de complexidade Terapêutica (ICT) pode ser útil não só na quantificação da complexidade de um esquema terapêutico, mas também na identificação e análise dos fatores determinantes dessa complexidade, que podem comprometer a adesão à terapêutica (BORGES,2011).

3.3 Indicadores de Prescrição Médica

Indicadores podem ser utilizados para avaliar a qualidade de uma prescrição. São medidas qualitativas ou quantitativas que avaliam desempenhos, detectam problemas e orientam a solução. Diante da crescente preocupação em promover o Uso Racional de Medicamentos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu os Indicadores do Uso de Medicamentos como uma maneira de descrever e avaliar com segurança aspectos que afetam a prática farmacêutica em grandes e pequenos centros de saúde (ALBUQUERQUE; TAVARES, 2011; OMS, 2003).

Os principais indicadores de prescrição médica são:

- Média de medicamentos por prescrição médica - objetiva medir o grau de polimedicação do paciente, visto ser este um dos fatores de interações medicamentosas e reações adversas. Permite observar a educação e a informação do prescritor;
- Porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico - a prescrição de medicamentos pelo nome genérico propicia o controle dos custos de medicamentos no serviço de saúde, devido ao fato de os medicamentos de referência geralmente serem mais onerosos;
- Porcentagem de medicamentos prescritos da lista de medicamentos essenciais - além do fator de controle dos custos, a lista de medicamentos essenciais tem por objetivo garantir o tratamento para as principais patologias da população. Dessa forma, este indicador possibilita verificar o grau de adequação das prescrições à padronização de medicamentos;
- Porcentagem de antibióticos prescritos - o principal problema relacionado à prescrição excessiva e inapropriada de antibióticos é o desenvolvimento de resistência bacteriana, que pode acarretar graves consequências ao paciente;

- Porcentagem de injetáveis prescritos - apesar de importantes em diversas situações, a administração de injetáveis pode trazer sérias consequências quando erroneamente prescritos ou aplicados, como, por exemplo, dificuldade de reversão no caso de reações anafiláticas, reações adversas, necroses teciduais, etc. (OMS, 2003)

Os Indicadores de Prescrição permitem conhecer as práticas terapêuticas correntes, comparar parâmetros entre instituições similares e descrever as necessidades de medicamentos da população atendida (FARIAS, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Foi realizada uma pesquisa documental, retrospectiva e descritiva com abordagem qualitativa e quantitativa, sobre a qualidade das prescrições médicas, arquivadas no Hospital Mariano Coelho.

4.2 Local de estudo

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) a cidade de Currais Novos – RN possui 42.652 mil habitantes, com área territorial de 864,344 Km². Contendo 20 (vinte) estabelecimentos de saúde, sendo 13 (treze) estabelecimentos de saúde pública, onde apenas 1 (um) é com internação.

O Hospital Mariano Coelho foi fundado em 1943, era administrado pela diocese de Caicó, Rio Grande do Norte (RN). Inicialmente funcionou na Casa de São Vicente em forma de albergue, recolhendo os que necessitavam de abrigo ou os acometidos de enfermidades. No ano de 1964, o governos do estado do Rio Grande do Norte cedeu à paróquia de Sant'Ana, diocese de Caicó, instalações edificadas conforme arquitetura hospitalar, onde hoje funciona o Hospital Regional, dando início a uma parceria entre o Estado e a fundação Padre João Maria e Maternidade Ananília Regina.

O Hospital tem alcance regional e atende 24 (vinte e quatro) municípios da região. Sua equipe é formada por 356 (trezentos e cinquenta e seis) funcionários do estado (Hospital Mariano Coelho), 61 (sessenta e um) funcionários do município (Hospital Pe. Joao Maria), 51 (cinquenta e um) funcionários terceirizados, totalizando 468 (quatrocentos e sessenta e oito) funcionários. Possui 179 (cento e setenta e nove) leitos, onde 126 (cento e vinte e seis) são cadastrados no Sistema único de saúde (SUS), 33 (trinta e três) são de convênios, 16 (dezesesseis) são designados para os serviços de urgência e 4 (quatro) leitos para Unidade de terapia intensiva (U.T.I). No ano de 2012 o hospital de Currais Novos recebeu no total de 60.348 (sessenta mil trezentos e quarenta e oito) pacientes, somando todos os setores do hospital como: obstetrícia (1.123 pacientes), pediatria (223 pacientes), cirúrgica (2.485 pacientes), médica (1.617 pacientes), UTI (305 pacientes), UTI Neonatal (NEO) com 117

pacientes, berçário (270 pacientes), convênio (158 pacientes), particular (229 pacientes) serviço de atendimento de urgência (46.828 pacientes) e ambulatório (6.993 pacientes) .

4.3 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de dezembro de 2012 a março de 2013. Foram analisadas as prescrições médicas arquivadas referentes aos meses de julho à dezembro do ano de 2012.

4.4 Coleta de dados

Para avaliar a qualidade das prescrições médicas no Hospital Regional de Currais Novos e o seu grau de complexidade foi elaborado um formulário (Apêndice A). As variáveis analisadas foram: Indicadores de prescrições (% medicamentos prescritos pela Denominação Comum Brasileira – DCB; % medicamentos prescritos integrantes da Relação de Medicamentos Essenciais - RME; % medicamentos prescritos sob forma farmacêutica injetável; % medicamentos prescritos pertencentes à classe dos antibióticos; média de medicamentos por receita); *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) usada para classificar substâncias de acordo com a ação terapêutica, concentração de forma farmacêutica de cada medicamento e ICT.

A análise da complexidade de cada medicamento foi feita com os critérios adotados por Conn et al.(1991), onde foram atribuídos pontos às ações necessárias para a administração de cada medicamento. Essa pontuação, depois de consolidada, compôs o ICT. O ICT inclui medidas do número de medicamentos, frequência e tipo de ações requeridas para a autoadministração, avaliando diretamente:

- O número de fármacos prescritos;
- O número de doses por dia;
- As instruções adicionais que devem ser seguidas (tomar quando necessário, tomar nas refeições ou com alimentos, tomar antes das refeições, tomar depois das refeições, não tomar com produtos derivados do leite e outras instruções dadas para medicamentos específicos);
- Ações mecânicas necessárias para administrar os medicamentos (tomar a metade de um comprimido, tomar doses alternadas, administrar gotas oftálmicas, jatos para

inalação, injeções, cremes, pastas, adesivos, misturas de pós, administração sublingual, entre outras).

Com a padronização dos critérios, foi elaborada uma equação para o cálculo da complexidade de cada medicamento (CM):

$$CM = CF \times (CD + AR) + (IA \times FIA)$$

Em que:

- CM= Complexidade por medicamento: pontuação atribuída à complexidade de cada medicamento;
- CF= Complexidade da frequência: frequência de administração do medicamento a cada 24 horas e, conseqüentemente, o número de ações mecânicas requeridas;
- CD= Complexidade da dose: quantidade de comprimidos/ cápsulas ou doses dos medicamentos a serem administrados por vez;
- AR= Ação requerida: refere-se, para cada dose a ser administrada, às dificuldades (quantidade de ações extras) para a administração (por exemplo, dividir o comprimido, medir 10 mL de um xarope, preparar a injeção, aplicar a injeção, administrar duas gotas, passar o creme ou pomada);
- IA= Instrução adicional: quantidade de recomendações diretamente ligadas à administração do medicamento, como tomar em jejum, tomar após refeição, doses alternadas, entre outras;
- FIA= Frequência de instrução adicional: número de vezes, por dia, que a instrução adicional deve ser seguida.

Uma instrução adicional pode ou não possuir a mesma frequência de administração do medicamento. Por último, o ICT é obtido pela soma das complexidades de cada medicamento:

$$ICT = CM1 + CM2 + \dots + CMn$$

O ICT total representa, assim, o conjunto dos pontos atribuídos para cada ação requerida para administrar os medicamentos prescritos, em um período de 24 horas. (ACURCIO, 2009).

4.5 Critérios de inclusão

Fizeram parte do estudo todas as prescrições médicas arquivadas referentes aos meses de julho, agosto, setembro, outubro, novembro e dezembro do ano de 2012.

4.6 Critérios de exclusão

As prescrições que apresentavam dados ilegíveis ou ausência da informação sobre dose e/ou frequência de uso foram excluídas da análise.

4.7 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram tratados estatisticamente através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 e os resultados apresentados de forma descritiva utilizando medidas de tendência central em figuras e tabelas.

4.8 Considerações Éticas

Apesar de não realizar a coleta de dados de forma direta junto a seres humanos, sendo as informações indiretas, a pesquisa foi realizada segundo as orientações das resoluções nº 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De julho a dezembro foram realizadas 1576 prescrições médicas, das quais 604 (38,32 %) foram selecionadas para o estudo por fazerem parte dos critérios de inclusão. O motivo de exclusão de 972 (61,67 %) prescrições foi devido à presença de rasuras (10,27%), a ausência de informações (18,65%) ou não legibilidade de dados (33,50 %). Estas ocorrências contribuem para aumentar a complexidade da prescrição e a dificuldade de adesão ao tratamento, na medida em que podem ocasionar o uso dos medicamentos de forma inadequada ou mesmo o não uso decorrente da incompreensão ou da falta de informação. (ACURCIO, 2009).

As 604 prescrições analisadas foram oriundas da clínica médica (34,8%), da clínica cirúrgica (29,1%), da clínica obstetrícia (28,3%) e da clínica pediátrica (7,8%) (Tabela 1).

Tabela 1. Setores de origem das prescrições médica analisadas durante o período de julho a dezembro 2012.

Setores	N	%
Clínica cirúrgica	210	34,8 %
Clínica médica	176	29,1 %
Clínica obstetrícia	171	28,3 %
Pediatria	47	7,8 %
Total	604	100%

Dentre as prescrições que foram analisadas 66,7% eram do gênero feminino. Um dos fatores que pode ter causado essa prevalência é a presença de prescrições advindas do setor de obstetrícia, prevalecendo o sexo feminino. Com relação à faixa etária dos pacientes foi possível observar a presença da idade mínima de 1 dia e da idade máxima de 102 anos, com uma idade média de 40,9 anos. Tendo em vista que foram analisados setores do hospital que são distintos em relação à idade, como é o caso do setor de pediatria e clínica cirúrgica, obtivemos grande diferença de faixa etária. A faixa etária que se destacou foi jovens e adultos entre 15 e 59 anos (60,3%), seguidos de idosos que foi bastante significativa (29,1%), e crianças (6%) (Tabela 2). Caracterizando a clientela como típica de um hospital geral.

Tabela 2. Características dos pacientes internados durante o período de julho a dezembro, 2012.

Características	N	%
Gênero		
Feminino	403	66,7
Masculino	201	33,3
Faixa Etária		
Crianças até 5 anos	36	6,0
Crianças de 6 a 14 anos	28	4,6
Jovens e adultos 15 a 59 anos	364	60,3
Idosos > 60 anos	176	29,1

Com relação ao período de internamento, observou-se o mínimo de 0 dia e o máximo de 24 dias, tendo uma média de 2,99 dias de internamento. A maioria dos pacientes permaneceram internados de 0 a 3 dias (78,6%) (Figura 1).

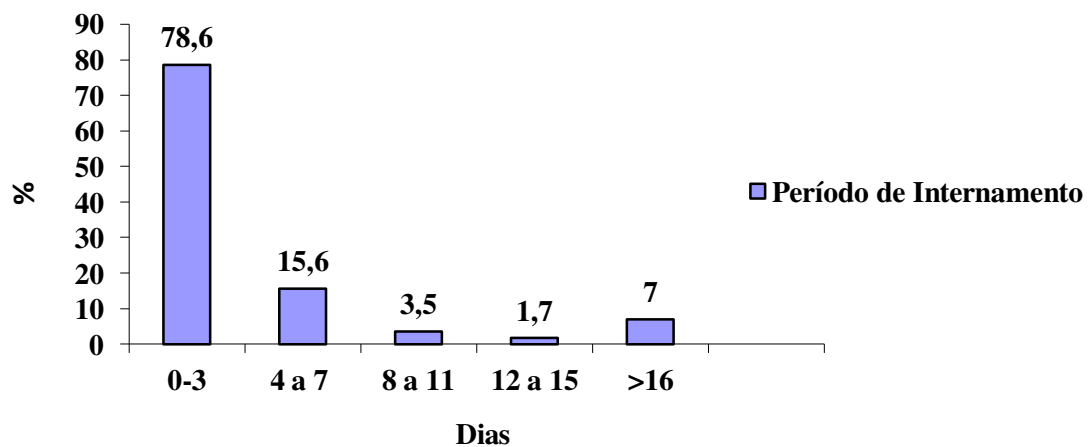


Figura 1. Distribuição do tempo de internamento dos pacientes durante o período de julho a dezembro, 2012.

O Índice De Complexidade Terapêutica (ICT) é obtido através de um cálculo realizado com as informações presentes na receita como: frequência de administração, quantidade da dose, ações requeridas e instruções adicionais para a administração do medicamento. Quanto maior o ICT maior a dificuldade de administração do medicamento e maior probabilidade da não adesão terapêutica (ACURCIO, 2009).

No estudo, o valor do ICT foi uma média de 27,9, considerado alto quando comparado com os trabalhos realizados por Acurcio (2009) e Melchior et. Al. (2007) que observaram ICT médios de 6,1 e 15,7, respectivamente. Um fator que pode explicar a diferença de ICT é que no presente trabalho a análise foi feita em um hospital e neste ambiente o uso de injetáveis é maior e, portanto, são necessárias diversas ações e possíveis instruções adicionais tornando o valor do ICT elevado (MELCHIOR et. al, 2007). Com o aumento do ICT a probabilidade do surgimento de reações adversas é maior, e o uso de muitos medicamentos pode ocasionar interações medicamentosas afetando assim a segurança, a qualidade e sucesso terapêutico (BORGES, 2011).

Interessante destacar a média do ICT na clínica de pediatria apresentando um valor de 33,5. Nesse setor, a utilização de injetáveis é maior, pois o uso de comprimidos não é indicado para crianças e dessa forma, o ICT pode ter sido aumentado devido o número de ações requeridas para a administração (AULTON, 2005).

Tabela 3. Distribuição das médias do ICT e medicamentos por prescrição em relação aos setores de origens das prescrições médicas analisadas durante o período de julho a dezembro, 2012.

Setor	ICT	Medicamento por receita
Clínica Médica	27,3	3,3
Clínica Cirúrgica	30,3	4,8
Clínica Obstetrícia	24,8	3,0
Pediatria	33,5	4,2
Média	27,9	3,77

Foi feita uma relação do ICT com os setores hospital e com as faixas etárias, dessa forma, observou-se que prevaleceu o ICT acima de 21 em todas as alas e faixas etárias. Destacaram-se os resultados relacionados ao setor de clínica cirúrgica que apresentou maior quantidade de receitas com ICT entre 21 e 40 por se tratar do setor que originou maior número de prescrições e conseqüentemente, uma maior quantidade de medicamentos (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da relação do ICT com setores do hospital e faixa etária dos pacientes internados no período de julho a dezembro, 2012.

Setor	ICT			
	0-20	21-40	41-60	61-80
Clínica Cirúrgica	46	132	31	1
Clínica Médica	41	95	31	9
Clínica Obstetrícia	43	107	21	0
Pediatria	1	36	10	0
Total	131	370	93	10
Faixa etária				
Crianças (até 14 nos)	2	51	11	0
Jovens e adultos	90	222	51	1
Idosos (> 60 anos)	39	97	31	9
Total	131	370	93	10

Importante destacar o valor do ICT de idosos. No Brasil, a prevalência do uso de medicamentos em idosos é elevada, com valores entre 60% e 91%, sendo que a média de produtos usados varia entre dois e quatro medicamentos dependendo da metodologia utilizada (ACURCIO; SILVA, 2009). Com o processo de envelhecimento, a probabilidade de surgir doenças é maior e conseqüentemente o número de medicamentos prescritos em cada receita também será maior, aumentando o valor do ICT. O uso de vários medicamentos propicia o risco aumentado de problemas relacionados com medicamentos (PRMs), sendo estes vinculado com a farmacoterapia, o que interfere ou pode interferir nos resultados esperados de saúde do paciente. A preocupação com a polimedicação e o uso racional de medicamentos tem sido um tema discutido atualmente, principalmente em idosos, pois com o passar dos anos há uma diminuição da massa muscular, da água corporal e ainda do metabolismo hepático; os mecanismos homeostáticos e a capacidade de filtração e de excreção também podem ficar comprometidos. Em virtude desses fatores fisiológicos, há uma dificuldade de eliminação e de metabolização de drogas, resultando num acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e conseqüentemente surgindo efeito adverso mais intenso, agravando seu estado de saúde ou uma nova patologia. Outra preocupação é que o uso simultâneo de diversos medicamentos pode levar o paciente a fazer o tratamento de maneira incorreta (GALATO; SILVA; TIBURCIO, 2010). Assim, fica claro a importância de esquemas terapêuticos periódicos, principalmente para essa faixa etária.

Os indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foram e ainda são utilizados para avaliar qualidade da prescrição médica (MENGUE, 2011). Um dos fatores importantes que interfere no grau de complexidade terapêutica é o número de medicamentos prescritos em cada receita, quanto mais medicamentos existir maior a dificuldade de se obter o sucesso terapêutico do paciente. A partir das 604 receitas médicas analisadas, foram prescritos 2.262 medicamentos, obtendo assim, uma média de 3,77 medicamentos prescritos por receita, sendo relativamente alto quando comparado a Organização Mundial de Saúde (OMS) que indica média de 1,3 a 2,2 medicamentos por receita e em 62,6 % das receitas apresentaram 3 a 5 medicamentos (Tabela 5).

Tabela 5. Indicadores das prescrições médicas analisadas no período julho a dezembro, 2012.

Indicadores de Prescrição da OMS		
Número de medicamentos por prescrição	N	%
0-2	136	22,5
3-5	378	62,6
6-20	90	14,9
Total	604	100,0
Medicamentos prescritos pela DCB	2262	73,9
Quantidade de antibióticos	2262	30,7
Presença de pelo menos 1 injetável	604	75,3
Medicamentos prescritos presentes RME	2262	83,1

O número de medicamentos injetáveis foi superior quando comparado com outras formas farmacêuticas, tendo em vista que 75,3% das prescrições médicas apresentaram pelo menos um medicamento injetável por receita. Os injetáveis tem suas vantagens e trata-se de uma forma farmacêutica de primeira escolha em casos de pacientes desacordados ou com dificuldade de deglutição e principalmente, por possuir o tempo de ação mais rápido. Por outro lado, o mesmo contribui para um aumento do ICT quando comparados a comprimidos ou gotas, já que exige uma maior atenção e ação na administração do medicamento (AULTON, 2005). O problema do uso de medicamentos injetáveis é a necessidade dos conhecimentos das propriedades físico-químicas do fármaco e dos excipientes, incluindo o veículo nos quais o medicamento liofilizado serão diluídos, e a falta de técnicas de assepsia durante o preparo, bem como manuseio inadequado na utilização do material, tornando-se um desafio para assegurar uma preparação eficaz, eficiente e responsável (ANVISA, 1997).

Percebeu-se uma elevada prescrição de antibióticos, com 30,7% dos medicamentos, visto que se trata de tratamento de pacientes internados que possuem um quadro patológico mais grave. A OMS recomenda que até 20% das prescrições podem ser de antibióticos (FARIAS, 2007). O uso desenfreado de antibióticos sem uma cuidadosa avaliação das suas indicações apropriadas pode levar ao crescimento de cepas resistentes, ou seja, acarretar numa mutação seletiva. Além da resistência, os antibióticos participam de uma das classes de medicamentos mais consumidas e se destacam pela maior incidência de reações adversas, o que pode causar hospitalização ou aumento do tempo de internação e até levar a óbito. A minimização de eventos adversos advindos do consumo de antibióticos pode ser realizada através do desenvolvimento de atividades de farmacovigilância e uma efetiva atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH (NICOLINI et. al, 2008).

Dos 2.262 medicamentos prescritos 26,1 % foram prescritos com o nome comercial, estando em desacordo com a lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 que normatiza que nos serviços públicos medicamentos devem ser prescritos obrigatoriamente pelo nome genérico. Além disso, a prescrição pelo nome de marca dificulta o ciclo de medicamentos, já que muitas vezes o nome comercial difere do existente no hospital gerando dúvidas e risco de troca, causando risco ao paciente (BRASIL, 1999).

No nosso estudo verificou-se que 83,1% dos medicamentos faziam parte da Relação de Medicamentos Essenciais (RME). Uma RME é uma lista de medicamentos essenciais para a região/local a que se destina, com um custo comparativamente favorável e tem o objetivo de garantir o abastecimento e é feita a partir da análise de qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos. Em nível nacional, o Ministério da Saúde preconiza que seja utilizada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais que serve de instrumento básico para a elaboração das listas estaduais, municipais e locais segundo a situação epidemiológica, para a orientação da prescrição médica. É de interesse do próprio hospital que os medicamentos sejam prescritos de acordo com a RME favorecendo a qualidade de atenção a saúde, melhor gestão de medicamentos, mais fácil auditoria e principalmente evitando custos extras para o estabelecimento (BRASIL, 2010).

A partir da classificação pela ATC, observou-se a grande utilização de medicamentos anti-infecciosos de uso sistêmico - grupo J (30,7%), seguido os que possuem ação no trato

alimentar e metabólico - grupo A (29,0%); no sistema nervoso - grupo N (23,6 %); medicamentos usados no sistema cardiovascular- grupo C (7,3%) (Figura 2).

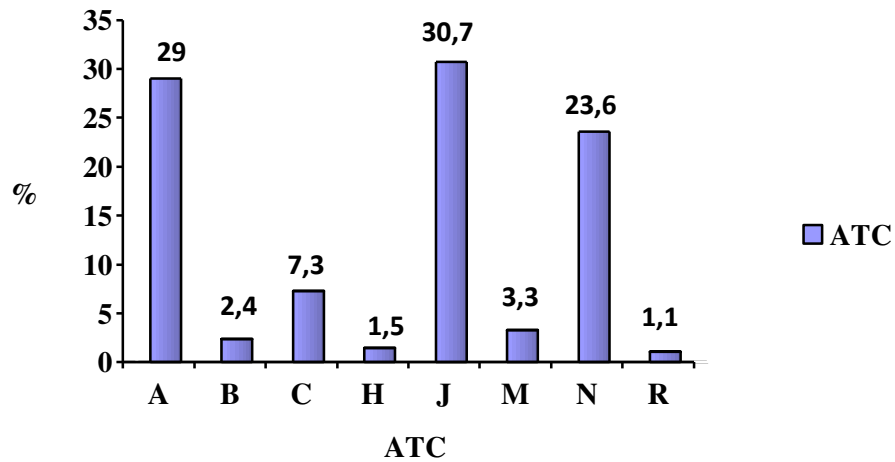


Figura 2. Distribuição dos medicamentos prescritos por grupos segundo a classificação da ATC

Dos 2262 medicamentos, a dipirona foi o mais prescrito (19,1%), seguido da cefalotina (14,4%) e metoclopramida (6,9%). O uso da dipirona reflete a cultura abusiva de antipiréticos para tratar o aparecimento de sintomas, como febre e dor, seu uso também é controverso entre autores e sociedades médicas, existindo há décadas, posicionamentos antagônicos quanto ao tratamento farmacológico da febre (MEINERS, 2001). A cefalotina foi a primeira cefalosporina semi-sintética utilizada no tratamento das infecções bacterianas de primeira geração, possui um amplo espectro de ação e são utilizadas principalmente nas profilaxias das infecções cirúrgicas (BLATT, 2005). A metoclopramida é uma benzamida substituída que estimula a motilidade do trato gastrointestinal superior sem afetar a secreção ácida. Este fármaco aumenta o peristaltismo causando um esvaziamento gástrico acelerado. Além disso, a metoclopramida atua como antagonista da dopamina, apresentando efeito antiemético significativo, sendo indicada no tratamento de náuseas e vômitos (DORETTO, 2010).

Tabela 6. Relação dos medicamentos mais prescritos durante o período de julho a dezembro, 2012.

Medicamentos mais usados	N	%
Dipirona	433	19,1
Cefalotina	327	14,4
Metoclopramida	157	6,9
Ranitidina	102	4,5
Ceftriaxona	94	4,2
Dimeticona	88	3,9
Diclofenaco	75	3,3
Ciprofloxacino	64	2,8
Escopolamina	52	2,3
Furosemida	50	2,2
Outros	820	36,4
Total	2262	100

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados, podemos concluir que:

- ✓ A média do ICT 27,9, sendo a ala pediátrica o maior índice (33,3);
- ✓ Os Indicadores de Prescrição Médica obtidos foram: 3,77 medicamentos por receita, 73,9 % dos medicamentos foram escritos de acordo com a DCB, 83,1% dos medicamentos foram de acordo com a RME, 75,3% das prescrições possuíam injetáveis, 30,7% dos medicamentos analisados eram antibióticos.
- ✓ Os mais medicamentos prescritos foram dipirona (19,1%), cefalotina (14,4%) e metoclopramida (6,9%).

Para o farmacêutico hospitalar, o valor do ICT pode ser útil, pois pode ajudar na simplificação dos esquemas terapêuticos, quanto às instruções relativas à administração de medicamentos afim de tornarem-se flexíveis. Os indicadores de prescrições médica foram analisados, e a partir de seus resultados notou-se que torna-se importante um trabalho junto aos prescritores quanto a prescrição de antibióticos e de medicamentos na Denominação Comum Brasileira (DCB). É pertinente a apresentação deste trabalho para os funcionários do hospital a fim de sensibilizá-los e evidenciar a necessidade de mudanças com o objetivo de prestar uma assistência mais segura e racional à saúde da população.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A. SILVA, A.L. ET AL. complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG. **Rev Associação Med. Bras.**, 2009.
- ALBUQUERQUE,V.M T;TAVARES,C.A. Avaliação de indicadores de medicamentos: importância para a qualidade na prescrição medica. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde** São Paulo v.2 n.3 31 -35 set./dez. 2011.
- AGUIAR, G. et. Al. Legibilidade e Ausência de Informação das Prescrições Médicas. Universidade de Fortaleza-UNIFOR, Ver. **Rev.Bras.PS** ; 19 (2) : 84-91. 2006.
- ARAÚJO, P.T.B. UCHOA, S.A.C. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1107-1114, 2011
- ANVISA. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº500 de 09 de outubro de 1997**, Aprova o Regulamento Técnico de Soluções Parenterais de Grande Volume – SPGV e seus anexos. D.O.U. – Diário da União; Poder Executivo, de 13 de outubro de 1997.
- AULTON, M.E. **Delineamento de formas farmacêuticas**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2005
- BARBOSA, M.T. **Os idosos e a complexidade do regime terapêutico**. Rev. Assoc. Med. Bras.vol.55. nº4. São Paulo, 2009.
- BLATT, J,M. MIRANDA, M.C. Perfil dos microrganismos causadores de infecções do trato urinário em pacientes internados. Universidade do Vale do Itajaí-Santa Catarina. **Revista Panamericana de Infectologia**;7(4):10-14. 2005.
- BORGES, F.S.G. **Caracterização da complexidade da terapêutica geriátrica [Dissertação]**.Covilhã, Junho de 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. Brasília, s.1, n.215-E, p.18, 10 de novembro de 1998 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1998 b.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultado. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**. Dispõe sobre a vigilância sanitária estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União 1999; 11 fev.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Formulário Terapêutico nacional. Rename 2006. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 1. Ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

DEL FIOLE G. **Sistema de apoio à prescrição: prevenindo eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos**. 1999. 89 p. Dissertação (Mestrado em Informática). Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba.

DORETTO, K.M. GOTARDO, M.A. PEZZA, H.R. **DESENVOLVIMENTO DE UM MÉTODO REFLECTOMÉTRICO AMBIENTALMENTE MAIS AMIGÁVEL PARA A DETERMINAÇÃO DE METOCLOPRAMIDA EM FORMULAÇÕES FARMACÊUTICAS**. Instituto de Química do Campus de Araraquara, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara - SP, Quim. Nova, Vol. 33, No. 2, 461-465, 2010.

FARIAS. A.D. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. **Rev. bras. epidemiol.** vol.10nº2. São Paulo. Junho, 2007.

FREDERICO, M.P. **Avaliação da qualidade das prescrições médicas de antibióticos para pacientes pediátricos em um hospital público da Bahia**. [Dissertação] Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2006.

GALATO, D. SILVA, E.S. TIBURCIO, L.S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde e de Ciências Aplicadas, Universidade do Sul de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(6):2899-2905, 2010.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> . Acessado em 22 de novembro de 2012.

LEAPE, L.L.; BATES, D.W.; CULLEN, D.D. et al. **Systems analysis of adverse drug events**. JAMA.v.274 n. 1: 35-43, 1995.

MARQUES FB. Erros de Medicação. **Informação Terapêutica**. 4:3-5,2000.

MENGUE,S.S. FROHLICH, S.E. Os indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são válidos? Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(4):2289-2296, 2011.

MELCHIORS, A. C. et. Al. **Tradução e Validação para o Português do Medication Regimen**. Universidade Federal do Paraná e Faculdade de Farmácia - Universidade de Lisboa, Curitiba, PR – Brasil, Lisboa – Portugal, 2007.

MEINERS , M.M.M.A. BERGSTEN,M.G. Prescrição de Medicamentos para Crianças:Como Avaliar a Qualidade?. **Rev. Assoc. Med. Bras**.vol.47º nº.4,São Paulo Oct./Dec. 2001

MELO, D.O. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev. Bras. Cienc. Farm**. vol 42º nº4. São Paulo. Oct/Dec, 2006.

NICOLINI, P. et al. **Fatores relacionados à prescrição médica de antibióticos em farmácia pública da região Oeste da cidade de São Paulo**. 2ºDepartamento de Fisiopatologia Experimental, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup):689-696, 2008

NERI, E. D. R. **Determinação do perfil de erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário**. [Dissertação] Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 289p.il, 2004

NEVES.S.M. **Avaliação dos indicadores de prescrição médica quanto a utilização de medicamentos em dois hospitais públicos do estado do Ceara**. [Dissertação]. Escola de Saúde Pública do Ceará. Farmácia, Fortaleza, 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia para a boa prescrição médica**. Porto Alegre: Artmed; 1998.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Guia do Instrutor em Práticas de Boa Prescrição Médica**. Departamento de Medicamentos Essenciais e política de Medicamentos. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2003.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach**. Washington (DC): PAHO; 1995.

PERINI, E. ROSA, M.B. Erros de medicação: quem foi? **Rev. Assoc. Med. Brs.** vol.49 nº3, São Paulo, Jul/Sept, 2003

ROSA, M.B.; **Erros de medicação em um hospital referencia de Minas Gerais**. 84 f. 2001. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária) – Escola Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

ROSA, MB. Anatomia dos erros. Entrevista. **Rev. Pharmacia Brasileira**, v ou numero? 49, 2005.

ROSA, M. B.; ANACLETO, T. A. Manejo e Prevenção de erros de dispensação. In: LYRA JUNIOR, D. P. MARQUES, T. C. (org) **As Bases da dispensação racional de medicamentos para farmacêuticos**. São Paulo: Pharmabooks, 2012.

SOUZA, J.M.C. et al. Avaliação de prescrições medicamentosas de um hospital universitário brasileiro. **Rev. bras. educ. med.** vol.32 nº.2. Rio de Janeiro, Apr./June, 2008

SANTOS, J.M.L. **Erros de Prescrição de Medicamentos em Pacientes Hospitalizados** [Dissertação]. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

APÊNDICE A

Formas de Dosagem		PESO
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray/comprimidos	2
	Sublinguais	2
Tópico	Crems/géis/pomadas	3
	Emplastros	3
	Tinturas/soluções de uso tópico	2
	Adesivos transdérmicos/patches	2
	Spray de uso tópico	1
	Pastas	3
Ouvido, olhos e nariz	Gotas/crems/pomadas para o ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/crems/pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	Accuhalers (pó seco para inalação/diskus)	3
	Aerolizers (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	Oxigênio/concentrador	3
	Turbuhalers (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções:- Pré-carregadas	3
	- Ampolas/frascos-ampolas	4
	Supositórios/óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
Crems vaginais	2	

Frequência da dose	Peso
24-24hs	1
12-12hs	2
8-8hs	3
6-6hs	4
4-4hs	6
2-2hs	12
Instruções adicionais	Peso
Partir ou triturar o comprimido 1	1
Dissolver o comprimido/pó 1	1
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p. ex., 2 comprimidos, 2 jatos)	1
Dose variável (p. ex., 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)	1
Tomar/usar em horário específico (p. ex., manhã, noite, 8 AM)	1
Relação com alimento (p. ex., com alimento, antes das refeições, depois das refeições)	1
Tomar com líquido específico	1
Tomar/usar conforme indicado	2
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente	2
Doses alternadas	2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

Curso de Farmácia.
Centro de Educação e Saúde.
Unidade acadêmica de Saúde.
Campus de Cuité – PB.

SOLICITAÇÃO

Cuité, 30 de novembro de 2012

Ilmo Sr.; Bernardo Gomes de Oliveira

Venho por meio deste solicitar a autorização para que a aluna devidamente matriculada no Curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Marília Gabriela de Lima Martins, matrícula 80812124, possa ter acesso a prescrições médicas do Hospital Regional Pe. João Maria da cidade de Currais Novos – RN, afim de desenvolver seu Trabalho de Conclusão do Curso, abordando o tema “*Avaliação da qualidade de Prescrições Médicas do Hospital Regional na cidade de Currais Novos – RN*”.

Desde já agradeço.

Atenciosamente,

Andrezza Duarte Farias

Profª. MsC. Andrezza Duarte Farias

Matrícula SIAPE 03325592

Italo Jorge
ERM 1482
Italo Jorge Meloires da Oliveira
Diretor Técnico CRM 1483
CPF: 131.235.084-87