

Graziela Modolon Alano¹
 Ana Carolina Gaspar da Silva¹
 Dayani Galato²
 Alessandra de Sá Soares¹

ANÁLISE DE PRESCRIÇÕES PEDIÁTRICAS E FATORES ASSOCIADOS À PROCURA POR SETOR DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

ANALYSIS OF PEDIATRIC PRESCRIPTIONS AND ASSOCIATED
 FACTORS TO LOOK FOR EMERGENCY HOSPITAL SECTOR

ANÁLISIS DE LAS RECETAS PEDIÁTRICAS Y FACTORES ASOCIADOS
 CON LA BÚSQUEDA DE SECTOR DE EMERGÊNCIA HOSPITALARIO

RESUMO

Identificar o perfil da prescrição de medicamentos de pacientes pediátricos e os motivos da procura ao serviço de emergência, buscando analisar os indicadores de prescrição. Estudo transversal baseado em entrevista aplicando-se roteiro estruturado aos responsáveis pelas crianças com até 12 anos de idade atendidas no serviço de emergência de um hospital, entre julho e outubro de 2013. Foram coletadas informações de 265 crianças e de seus responsáveis. Das crianças incluídas na pesquisa, 65,6% procuraram diretamente o serviço, tendo como principais motivos o horário de funcionamento dos postos de saúde e situações que necessitavam de exames de maior complexidade. As queixas mais citadas estavam relacionadas aos transtornos respiratórios. Quanto aos indicadores das prescrições emitidas neste serviço, observou-se a ausência de informações, onde somente 21,7% continham o nome genérico, 31,5% a concentração do medicamento, 65,0% a forma farmacêutica e 69,9% a via de administração do medicamento. Além disso, apenas 34,9% possuíam medicamentos presentes na relação nacional de medicamentos essenciais. Dos medicamentos prescritos, 27,3% atuavam no sistema respiratório, seguidos dos anti-infecciosos (17,5%) e daqueles que atuam no sistema músculo-esquelético (16,6%). Considerando alguns dos critérios analisados, a ausência de informações nas prescrições foi relativamente alta, podendo contribuir para o não acesso ao medicamento prescrito ou ao uso de modo incorreto, quando adquirido.

Palavras-chave: Criança, Prescrição de medicamentos, Serviços Médicos de Emergência, Segurança do Paciente.

ABSTRACT

To identify the profile of pediatric drug prescriptions and the reasons for seeking the hospital emergency sector, attempting to examine prescribing indicators. A cross-sectional study applying interview script structured to parents or guardians of children under 12 years of age seen in the emergency sector of a hospital, between July and October 2013. We collected information from 265 children and their guardians. Of the survey participants, 65.6% went directly to the emergency sector due to the constraints of working hours of health services and because of situations that required more complex tests. The most commonly cited complaints were related to respiratory disorders. Indicators of prescriptions issued in this service encompassed the lack of information, given that 21.7% of the prescriptions contained only the generic name, 31.5% indicated the drug concentrations, 65.0% the pharmaceutical formulation, and 69.9% the route of administration. In addition, only 34.9% of the medications were included in the national list of essential medicines. Of the prescriptions, 27.3% were drugs acting in the respiratory system, followed by anti-infective drugs (17.5%), and drugs acting in the musculoskeletal system (16.6%). Based on the analyzed criteria, the lack of detailed information in the prescriptions was relatively high, which may prevent patients from getting the prescribed medication or use it incorrectly, when purchased.

Keywords: Child, Prescription Drugs, Emergency Medical Services, Patient Safety.

RESUMEN

Identificar el perfil de la prescripción de medicamentos pediátricos y las razones para solicitar el servicio de urgencias, se trata de analizar indicadores de la prescripción. Estudio transversal basado en entrevista aplicando guión estructurado a los responsables de los niños menores de 12 años se ve en el servicio de urgencias de un hospital, entre julio y octubre de 2013. Se obtuvo información de 265 niños y sus padres. Los niños incluídos en la encuesta el 65,6% buscó directamente el servicio, las principales razones por las horas de trabajo de los centros de salud y situaciones que requieren pruebas más complejas. Las quejas más

¹Universidade Do Sul De Santa Catarina

²Universidade De Brasília

Recebido em: 25/04/16

Aceito em: 19/12/16

Autor para Correspondência:
 Graziela Modolon Alano
 Universidade do Sul de Santa Catarina
 E-mail:
 graziela.alano@unisul.br

citados estaban relacionados con los trastornos respiratorios. En cuanto a los indicadores, hay una falta de información, en el que sólo 21,7% contenía el nombre genérico, la concentración de 31,5% de fármaco, 65,0% a 69,9% forma farmacéutica y la vía de administración del fármaco. Además, sólo el 34,9% tenían fármaco presente en la lista nacional de medicamentos esenciales. De los medicamentos recetados, el 27,3% trabajaba en el sistema respiratorio, seguido de antiinfecciosos (17,5%) y los que trabajan en el sistema músculo-esquelético (16,6%). Teniendo en cuenta algunos de los criterios analizados, la falta de información en la prescripción era relativamente alta, lo que puede contribuir a la falta de acceso a la medicina prescrita o utilizar de forma incorrecta cuando se compran.

Palabras clave: niño, medicamentos recetados, servicios médicos de emergencia, seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), de 50 a 70% das consultas médicas geram prescrições medicamentosas. Apesar de ser importante para o resultado final do tratamento, a prescrição vem sendo uma das condutas que mais vem mostrando irregularidades, em consequência das diferentes interferências, sendo, por esta razão, uma temática cada vez mais presente na literatura¹.

As prescrições destinadas ao público pediátrico exigem ainda mais cuidados, pois a ação dos medicamentos nas crianças apresentam importantes alterações na farmacocinética e farmacodinâmica resultando em respostas fisiológicas diferentes quando comparadas aos adultos². De acordo com a OMS, 50% de todos os medicamentos, tanto para crianças quanto para adultos, são prescritos, dispensados ou usados de forma equivocada³.

A reduzida variedade de medicamentos comprovadamente seguros para crianças é um dos grandes obstáculos advindos das dificuldades para a realização de pesquisas no campo dos medicamentos para uso pediátrico. Isto contribui para que os profissionais prescrevam às crianças, medicamentos destinados aos adultos, realizando para isso, adaptações em sua dosagem, por exemplo, acarretando, por conseguinte, no uso *off-label*, cuja utilização no Brasil é prática recorrente na pediatria e está associada a um aumento dos efeitos adversos⁴.

A situação pode tornar-se ainda mais complexa na situação de prescrições emitidas em atendimentos em setor de emergência pediátrica de hospitais. A deficiência de protocolos eficientes para a detecção e diferenciação de doenças infantis, a rapidez com que, muitas vezes, os atendimentos são realizados e a falta de médicos especializados em pediatria são fatores que contribuem para as inadequações na prescrição e o uso equivocado de medicamentos nesta população⁵.

Parte destas inadequações pode ser identificada por meio dos indicadores de avaliação da qualidade das prescrições desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o intuito de promover o uso racional de medicamentos e visando incentivar a prescrição correta de medicamentos. Contudo, a OMS alerta que não há um padrão de comportamento correto e que o mais apropriado é "considerar os indicadores como parâmetros de primeiro nível, concebidos para estimular uma análise mais profunda e orientar medidas subsequentes"⁶.

Considerando a situação exposta sobre as particularidades das crianças frente aos medicamentos, este estudo teve como intuito principal buscar informações sobre as prescrições pediátricas no setor da emergência em um hospital do Sul do Estado de Santa Catarina, bem como, os fatores relacionados à procura pelo atendimento neste setor, e a partir destes dados, contribuir para a melhoria da assistência do paciente pediátrico neste ambiente.

MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo com desenho transversal por meio de aplicação de um roteiro estruturado. Foram entrevistados os pais ou responsáveis que estavam acompanhando crianças com idade entre zero e doze anos e que procuraram o serviço de emergência de um Hospital do Estado de Santa Catarina, entre julho e outubro de 2013. Foram excluídos desta pesquisa os indivíduos cujos responsáveis não aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O Hospital em estudo é um hospital escola, atendendo uma população

de aproximadamente 400.000 habitantes e o setor de emergência pesquisado atende pacientes pediátricos, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde.

Para o cálculo da amostra considerou-se a população de 2.527 crianças, que representa o número de atendimentos no Serviço de Pronto Atendimento no mesmo período da coleta no ano anterior ao estudo (dados informados pelo setor de estatística do hospital). Adotou-se um erro de 5% com nível de confiança de 95% e prevalência de 50% para pacientes contendo prescrições com algum indicador inadequado (valor que maximiza a amostra), resultando em 265 sujeitos.

A coleta de dados foi realizada somente por um pesquisador, garantindo maior uniformidade nas entrevistas e ocorreram em diferentes dias da semana e em diferentes horários. Os entrevistados foram abordados, apresentado o objetivo do estudo e havendo concordância em participar, o termo de consentimento livre e esclarecido e o consentimento de imagens, para fotografar a prescrição médica, caso houvesse, foram assinados. Houve dois momentos de coleta de dados: o primeiro na sala de espera onde se abordavam os motivos da procura à Emergência, e o segundo, no momento da alta (saída) do Serviço. Pela constante realização de exames após o primeiro atendimento e a necessidade de retorno do paciente ao consultório para somente depois haver a prescrição, foi estipulado o tempo máximo de permanência da pesquisadora de três horas entre o atendimento do paciente até seu retorno, levando em consideração o tempo para a chegada dos resultados. Após este período de espera os pacientes foram considerados como dados perdidos.

Foi realizado um pré-teste (10% da amostra) com objetivo de padronizar a forma de abordagem dos indivíduos e avaliar a aplicabilidade do questionário estruturado. Como não houve alterações, os dados coletados nesta etapa foram incluídos na amostra da pesquisa.

Na primeira parte da entrevista foram investigadas informações acerca do responsável pela criança: sexo, idade, grau de parentesco com a criança, escolaridade, estado civil e a classificação socioeconômica familiar⁷; bem como o motivo que levou o responsável a procurar o hospital e se havia se dirigido a outro serviço de saúde antes de procurar o atendimento neste hospital e, neste caso, indagou-se qual local. Na continuidade da entrevista, foram então coletadas informações sobre a criança que foi levada ao hospital, como: sexo, idade e problema de saúde ou queixa clínica da criança. Finalizada esta primeira etapa da entrevista, aguardou-se que o responsável e a criança fossem atendidos pelo pronto atendimento do hospital.

Na segunda etapa da entrevista, realizada após o atendimento foram questionadas informações quanto ao encaminhamento dado à criança e o registro de imagem da prescrição médica fornecida, caso houvesse. Nos casos em que o paciente recebeu orientação médica de continuar a medicação já adotada em seu domicílio não foi considerado como prescrição oriunda deste Setor e, portanto, não foi analisada a prescrição realizada.

No que diz respeito às prescrições, estas foram examinadas sob os aspectos requeridos na Lei nº 5991/73 quanto a presença do nome e registro do profissional, nome e endereço da instituição, nome e endereço do paciente, data, assinatura e nome e registro do profissional (geralmente presentes no carimbo)⁸. Em seguida, foi investigada a presença dos indicadores da OMS, incluindo o número de medicamentos por prescrição, número de medicamentos prescritos pelo nome genérico, presença de antibióticos e/ou injetáveis e se os medicamentos faziam parte da Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais (RENAME)⁹. Além

disso, foi identificado se a prescrição apresentava a forma farmacêutica do medicamento prescrito, bem como a concentração, quantidade, duração de tratamento, via de administração e posologia; presença de orientação não farmacológica, embora este último item seja considerado um dado facultativo segundo o Manual de Orientações Básicas para Prescrição Médica⁹.

No presente estudo foram adotados alguns critérios para padronizar a análise das prescrições, os quais seguem: medicamentos que não apresentavam a concentração ou a forma farmacêutica do medicamento, mesmo quando disponível apenas uma apresentação comercial, foram classificados como “sem concentração e/ou forma farmacêutica”, pois a ilegibilidade de uma receita pode requerer a junção de todas as informações possíveis para a identificação de um medicamento; além disso, a presença da unidade “ml” não representou a presença da forma farmacêutica, pois a mesma unidade serve para diversas apresentações como as líquidas e as suspensões; quando descrito “uso interno” e “uso externo” considerou-se como “sem via de administração”, pelo modo não especificado da via, entretanto, quando citados “tomar”, “ingerir”, considerou-se a via oral e; medicamentos listados na RENAME, mas que não havia coincidência de concentração na prescrição pressupôs que o mesmo não estaria na referida lista.

Os medicamentos prescritos foram classificados conforme o grupo anatómico principal de acordo com a classificação da *Anatomical Therapeutic-Chemical*(ATC)¹⁰ que considera os sistemas ou órgãos nos quais as substâncias atuam.

Os dados coletados foram registrados no banco de dados do programa EpiData versão 3.1 e posteriormente analisados no *Programa Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 19.0. Dessa forma, os dados qualitativos foram categorizados e registrados como variável nominal no programa EpiData para assim serem analisados estatisticamente pelo programa SPSS. As variáveis nominais foram apresentadas em números absolutos e relativos, e as variáveis numéricas em medidas de tendência central e dispersão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob nº 13.031.4.03.III em acordo com as recomendações da Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 265 entrevistas com responsáveis pelas crianças atendidas no setor de emergência. Essas crianças estavam na faixa etária entre seis dias de vida e 12 anos de idade, média de 4,9 (SD:4,0 anos) e eram predominantemente do sexo masculino 54,7% (145).

A mãe foi a pessoa que mais se apresentou como responsável e, portanto, entrevistada em 83,8% dos casos. A classe econômica mais prevalente entre os entrevistados foi a C1. As informações sobre o perfil dos responsáveis pelas crianças encontram-se na Tabela 1.

Do total de entrevistados, 65,6% (174) relataram ter levado a criança diretamente ao hospital, sem passar por outro serviço de saúde, valor este maior do que o encontrado no estudo realizado no Estado do Paraná por Batistela *et al.* (2008)¹¹, com 56,7% dos casos. É importante salientar que no período do estudo a região em que o hospital estava sediado não possuía nenhuma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Quando questionados sobre os fatores que os levaram a procura pela emergência do hospital como primeiro local de atendimento, 42,5% (74) teriam enfrentado algum tipo de problema com relação aos postos de saúde da cidade, seja horário de funcionamento, ausência de profissional médico e/ou demora no atendimento; e outros 15,5% (27) presumiram a necessidade da realização de exames diagnósticos (como a radiografia) pelo fato da criança ter sofrido um trauma ou queda. A Tabela 2 apresenta os motivos de procura direta (como primeira opção) ao setor de emergência e indireta (tendo procurado outro serviço antes deste setor).

Tabela 1: Perfil dos responsáveis pelas crianças atendidas no setor de emergência de um Hospital do Sul de Santa Catarina (2013), n=265.

Sexo	n	%
Feminino	236	89,0
Masculino	29	10,9
Idade (anos)	Média	SD
	32,3	9,0
Grau de parentesco do acompanhante	n	%
Mãe	222	83,8
Pai	25	9,4
Avós	14	5,3
Outros*	4	1,5
Escolaridade do responsável		
Analfabeto – Fundamental incompleto	7	2,6
Fundamental completo	75	28,3
Médio incompleto	64	24,2
Superior Incompleto	109	41,1
Superior Completo	10	3,8
Estado civil do responsável		
Com acompanhante	221	83,4
Sem acompanhante	44	16,6
Nível socioeconômico da família[§]		
A1 e A2	0	0,0
B1	14	5,3
B2	90	34,0
C1	112	42,2
C2	41	15,5
D	7	2,6
E	0	0,0
Não Aplica**	1	0,4

* Tios e responsável orfanato

§Classificação socioeconômica familiar segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁷

**Criança residente em orfanato

Tabela 2: Motivos de procura pelo setor de emergência do Hospital (2013).

Procura Direta	n (174)	%
Posto fechado (após o horário de fechamento ou fim de semana)	40	23,0
Devido à complexidade da queixa clínica (radiografia, gesso, outros)	27	15,5
Posto de saúde sem médico	18	10,3
Demora de atendimento no posto de saúde	12	6,9
Trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU	5	2,9
Parentes trabalham no hospital	5	2,9
Posto fechado (em horário comercial)	4	2,3
Para realização de procedimento médico (retirar gesso, outro)	2	1,1
Presença de médico pediatra no hospital	1	0,6
Pessoa de fora da cidade (acessibilidade)	1	0,6
Qualidade no atendimento	1	0,6
Não especificou o motivo	58	33,3
Procura Indireta	n (91)	%
Foi a outro serviço de saúde, mas o problema persistiu	49	53,8
Encaminhamento de outro serviço de saúde	42	46,2

Estes resultados mostram que população estudada chega a procurar o atendimento na atenção primária, mas encontra dificuldades para o atendimento e, isto possivelmente estimula a não procurar mais atendimento em novas situações. De um modo geral, a procura inicial ao hospital pode sobrecarregar e onerar o atendimento neste Serviço de saúde. No estudo feito por Batistela *et al.* (2008)¹¹ mais da metade alegaram como motivos da procura pelo atendimento hospitalar, a qualidade do atendimento e acessibilidade geográfica, fato este mencionado por apenas dois entrevistados neste estudo, o que em parte reforça a hipótese de falta de dificuldades de acesso.

Parcela menor dos entrevistados 34,3% (91) realizou a procura pelo hospital após ter tentado outro atendimento, e muitos destes, o fizeram devido à persistência do problema após consulta em outro serviço de saúde. Esta situação sugere a necessidade de um estudo para análise destes serviços de saúde para investigar a resolutividade, o que poderia esclarecer os motivos desta necessidade de procura pelo serviço de maior complexidade.

Na Tabela 3 estão demonstradas as principais queixas que determinaram a procura pela emergência segundo relato do responsável. A febre foi a principal razão de procura pelo serviço com 43,8% (116) dos casos, seguida de tosse, 25,7% (68) e vômito associado 24,2% (64), resultados estes que se assemelham ao encontrado por um estudo desenvolvido no sul do Brasil¹² sendo os principais motivos os problemas relacionadas ao aparelho respiratório, problemas no aparelho digestório e sintomas como dor e febre.

Importante salientar que as queixas, geralmente, não ocorreram sozinhas como, por exemplo, febre acompanhada de vômito.

Queixas por traumas também configuraram importante número no presente trabalho, e nestas se enquadraram qualquer tipo de queda, batida, torção e alguns cortes, sendo considerado pelo responsável como necessária realização de sutura ou exame de imagem e, por isso, procurado o hospital.

Tabela 3: Principais queixas clínicas que determinaram a procura pelo setor de emergência no Hospital (2013), n=468.

Queixas Clínicas principais	n	(%)*
Febre	116	43,8
Tosse	68	25,7
Vômito	64	24,2
Traumas	61	23,0
Dor em geral	41	15,5
Outros	25	9,4
Falta de ar	22	8,3
Dor de cabeça	22	8,3
Diarreia	17	6,4
Dor de Garganta	16	6,0
Gripe	10	3,8
Alergias	9	3,4
Engasgamento	4	1,5
Dor de ouvido	2	0,8
Picada de inseto	2	0,8

*O percentual ultrapassa 100% pelo fato de uma mesma criança apresentar mais de uma queixa no momento da procura ao serviço.

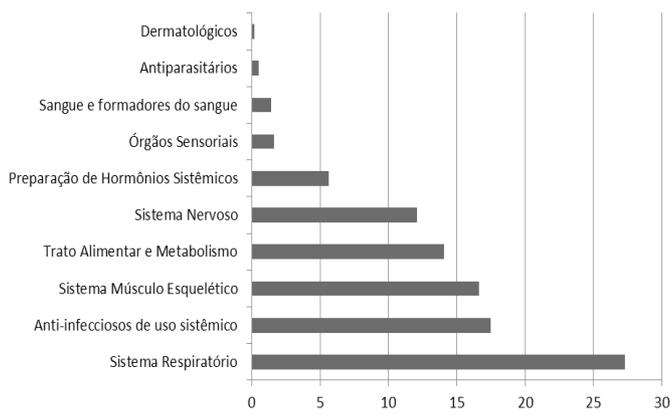
Dos 265 entrevistados, 78,1% (207) foram atendidos por profissional médico clínico geral e, apenas 20,0% (53) por pediatra, sendo que três (1,2%) foram atendidos por ambas as especialidades, e houve dois (0,7%) dados perdidos na coleta. Os pediatras no hospital em estudo atendem duas vezes por semana e somente até às dezoito horas. Assim, considerando que muitos pais conseguem levar seus filhos somente após o horário de trabalho, o horário e frequência menor do pediatra no setor de emergência, pode ter influenciado no maior número de atendimentos pelo clínico geral.

Do total dos atendimentos, 66,4% (176) crianças tiveram alta do hospital no mesmo dia da entrevista, sendo que destas, 80,1% (141) receberam prescrição. Galato *et al.* (2013)¹² ao analisarem o perfil de

prescrição de medicamentos direcionados a pacientes pediátricos em uma Unidade Básica de Saúde observaram valor semelhante de prescrições, sendo 83,8% dos casos de atendimentos. Houve cinco casos onde o paciente recebeu orientação médica após o atendimento para continuar o uso do medicamento que já estava utilizando em seu domicílio e, neste caso, não foi considerado como prescrição.

Os medicamentos prescritos estão apresentados no Gráfico 1 conforme o grupo anatômico da classificação ATC¹⁰, destaca-se que foram prescritos o total de 355 medicamentos. Os fitoterápicos representaram 2,8% (10) dos medicamentos, porém estes não constam na classificação ATC.

Gráfico 1: Medicamentos prescritos no setor de emergência de um Hospital do Sul de Santa Catarina, segundo o grupo anatômico principal da classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical), 2013.



Os medicamentos com ação no sistema respiratório, tendo como principais representantes o ipratrópio (8,2%) e o fenoterol (6,8%) foram os mais prescritos, seguido dos anti-infecciosos com 17,5% o que corrobora com os achados deste estudo sobre as principais causas de procura pelo serviço de emergência. A febre associada a outros sintomas foi a principal causa de procura ao serviço de emergência, o que pode estar relacionado com a maior prescrição também de medicamentos com ação no sistema músculo esquelético, principalmente ibuprofeno (10,1%), e no sistema nervoso, paracetamol (8,7%), ambos usados frequentemente como antitérmicos e analgésicos. Em outro estudo, as três classes terapêuticas mais prescritas às crianças em postos de saúde foram sistema respiratório 42,6%, sistema nervoso 16,6% e anti-infecciosos de uso sistêmico 10,3%¹³, o que converge com os resultados encontrados neste estudo, porém com valores diferenciados.

Quanto aos indicadores de prescrição preconizados pela OMS (1993)⁶, o presente estudo obteve os resultados descritos na Tabela 4.

Tabela 4: Perfil dos indicadores de prescrição da OMS (1993) identificados nas prescrições pediátricas no setor de emergência do Hospital, 2013.

Indicadores de Prescrição segundo a OMS	n(355)	%
Medicamentos prescrito constante na RENAME		
Sim	124	34,9
Não	231	65,1
Medicamento prescrito pelo nome genérico		w
Sim	77	21,7
Não	278	78,3
Prescrição com presença de Medicamento injetável		
Sim	0	0,0
Não	0	0,0
Prescrição com presença de Antibiótico	n(144)	%
Sim	63	43,8
Não	81	56,2
Número de medicamentos por prescrição	Média	SD*
	2,4	1,4

*SD- Desvio Padrão

Entre as prescrições avaliadas neste estudo, somente 34,9% de todos

os 355 medicamentos prescritos estão contidos na RENAME, sendo o resultado abaixo do esperado, visto que esta recomendação confere garantia de maior acessibilidade ao medicamento; bem como, valor muito abaixo do encontrado no estudo de Liell *et al.* (2009)¹⁴ em um Ambulatório-Escola com 84,8% dos medicamentos prescritos presentes nesta relação. Não foram considerados neste trabalho aqueles medicamentos que estavam presentes na RENAME, mas que quando prescritos não estavam indicados a sua concentração por não ser o modo correto de prescrição o que provavelmente reduziu em boa parte o resultado obtido. Ressalta-se a importância de prescrever medicamentos constantes na RENAME para garantir o acesso ao tratamento, visto que parcela considerável da população estudada pertence à classe C1. Isto é ainda mais relevante pelo fato dos pacientes estarem sendo atendidos pelo Sistema Único de Saúde e que o fato de não participarem da lista de medicamentos essenciais aumenta o custo dos tratamentos e, por vezes, induz a falta de acesso e, portanto, a resolutividade do Serviço.

A prescrição do medicamento pelo nome genérico, além de ser um dos parâmetros da OMS, é recomendada também pelo Ministério da Saúde conforme a Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999, para os serviços públicos¹⁴. Entretanto, neste estudo, configurou apenas 21,7% do total de medicamentos prescritos, diferente dos estudos de Liell *et al.* (2009)¹⁵ com 86,2% e Zanin (2012)¹⁶ com 61%, sendo estes realizados em um Ambulatório-Escola em Passo Fundo e em um serviço de urgência de um Hospital Público de Minas Gerais, respectivamente. Dessa forma, percebe-se uma diferença quanto à prática de prescrever pelo nome genérico nos diferentes ambientes de estudo.

Outro agravante para esta situação é que o local em estudo está localizado em um hospital escola e que, portanto, deveria ser um modelo para a prescrição dentro de parâmetros legais, como aqueles recomendados pela Lei nº 9787/1999¹⁴.

Quanto ao uso de antibióticos, a OMS baseada nos estudos de indicadores realizado pela *International Network for Rational Use of Drugs* em 12 países de renda baixa ou média, estima que uma taxa entre 20% e 30% das prescrições contendo antibiótico seja aceitável, onde se pretende garantir o uso racional do mesmo, minimizando o desenvolvimento de microrganismos resistentes¹⁷. Contudo, esta mesma organização recomenda que estes dados sejam avaliados com cautela, uma vez que a necessidade do uso destes medicamentos esteja diretamente relacionada ao perfil dos pacientes. Neste estudo, 43,8% das prescrições continham antibióticos, sendo valor bastante acima do recomendado pela OMS. Por outro lado, o resultado deste estudo foi semelhante ao de Galato *et al.* (2013)¹² com 39,7%, cujo período de coleta também foi durante o inverno, assim como neste estudo, o que pode explicar o alto percentual de antibióticos prescritos.

Nenhuma das 144 prescrições deste estudo continha medicamentos injetáveis. O fato da pesquisa ter sido realizado em ambiente hospitalar pode ter favorecido a ausência de medicamentos na forma injetável, pois a via parenteral é comumente utilizada em hospitais, pois possibilita uma rápida ação sobre o organismo, além de evitar interferências que poderiam ocorrer pela absorção no tubo digestivo. Assim sendo, boa parte dos pacientes deste estudo podem ter sido medicados na própria emergência por esta via e seguiam para casa somente após a resolução dos sintomas agudos, favorecendo-lhes a prescrição de medicamentos pela via oral.

O estudo apontou que a média de medicamentos prescritos foi de 2,4 por prescrição. Para a OMS até três medicamentos é considerada uma condição satisfatória a fim de evitar a polimedicação (OMS, 1993)⁶. Este valor foi semelhante a outros estudos realizados no país, como no Rio Grande do Sul com média de 2,6 medicamentos¹⁵ e abaixo do encontrado em outro estudo em setor de urgência de hospital em Minas Gerais, com 3,2¹⁶.

Considerando-se também os demais requisitos para uma boa prescrição, exigidos pela Lei 5991/73⁸ e conforme o Manual de Orientações Básicas para Prescrição Médica⁹ foi observado que das 144 prescrições analisadas, a totalidade descreve a posologia e parcela reduzida apresenta tratamento não farmacológico (Tabela 5).

Tabela 5: Presença de informações nas prescrições pediátricas analisadas no

setor de emergência de um Hospital do Sul de Santa Catarina, 2013.

Informação por prescrição	n (144)	%
Nome da instituição e do paciente	144	100,0
Endereço da instituição	62	43,0
Endereço do paciente	0	0,0
Nome e registro do profissional	144	100,0
Carimbo e assinatura do profissional	144	100,0
Posologia	144	100,0
Data	141	97,9
Orientação não farmacológica	23	16,0
Informação para cada medicamento contido na prescrição	n (355)	%
Forma farmacêutica	229	64,5
Concentração (dose)	112	31,6

Quanto à orientação não farmacológica, sua descrição é um ponto facultativo nas prescrições⁹, mas em diversas situações, associadas ou não ao medicamento podem trazer grande benefício ao tratamento. É provável que parcela importante dos pacientes tenha recebido tais orientações, contudo devem ter sido realizadas de forma oral. Este tipo de orientação dificulta a adesão do paciente ao tratamento, seja por não considerar importante a recomendação, seja por esquecer-se destas orientações. Por outro lado, para o prescritor a conduta de não escrever na prescrição pode estar associada ao tempo necessário para o registro e orientação do paciente. Esta hipótese deve ser melhor investigada em futuros estudos.

Por outro lado, o endereço da instituição incluindo dados telefônicos torna-se importante nos casos onde é preciso um novo contato com o prescritor para sanar dúvidas do paciente sobre o problema de saúde ou sobre a prescrição, evitando agravamento do problema de saúde e uso irracional do medicamento.

A ausência da forma farmacêutica e concentração do medicamento na prescrição mostra o risco elevado para ocorrência de problemas no uso do medicamento. Outros estudos realizados também em hospitais do país mostraram resultados díspares entre si, com presença da forma farmacêutica em 27,0% e 85,2%; da concentração em 60,0% e 49,8%, respectivamente por Cardinal *et al.* (2012)¹⁸ e Rosa *et al.* (2009)¹⁹. Estas informações são essenciais em uma prescrição visto que sua ausência pode facilitar erros seja na dispensação ou na administração dos medicamentos e, consequentemente, danos à saúde do paciente, além dos gastos financeiros devido a compra equivocada ou mesmo agravo do problema.

Além disso, houve ausência de informações sobre a quantidade do medicamento a ser utilizado ou a duração do tempo de tratamento, sendo também informações importantes para o processo de dispensação a fim de adquirir a quantidade suficiente para o tratamento, evitando falta de medicamento ou desperdício, bem como o uso inadequado (reutilização) em uma situação posterior. O mesmo ocorreu para a via de administração e ainda com agravante de várias prescrições estarem escritas de forma ilegível, contendo muitas abreviaturas como “g” possivelmente para gotas, “sn” para se necessário, “cp” para comprimidos ou mesmo para cápsulas, “VO” para via oral, entre outras, o que também foi encontrado nos estudos de Rosa *et al.* (2009)¹⁹ e Soares *et al.* (2012)²⁰. Esta prática gera confusão no momento da dispensação e da administração aumentando as chances de ocorrerem erros de medicação e por consequência, sendo uma prática condenada por diversas organizações nacionais e internacionais.

A presente pesquisa teve como limitação o fato de que todas as informações coletadas a respeito das crianças foram relatadas pelo próprio responsável, podendo haver omissão ou desconhecimento de algum dado considerado relevante. Algumas das entrevistas não conseguiram ser finalizadas devido ao fato de ser interrompida para realização de exames, demora no retorno do entrevistado para dar continuidade aos questionamentos (acima de três horas de espera) por motivos como internação e encaminhamento para outro setor ou profissional médico, e por fim, se encontraram pacientes que em razão da demora do atendimento pelo médico retornaram para seu domicílio sem ser consultados. As principais queixas clínicas, bem como os medicamentos mais prescritos, corresponde a maior parcela aos transtornos do sistema respiratório, precisando considerar como fator de influência o fato da pesquisa ter sido realizada na estação de inverno.

CONCLUSÕES

Após o atendimento muitas crianças receberam prescrições de medicamentos para o manejo no domicílio, porém a forma de prescrição (por nome comercial) e a ausência de medicamentos da RENAME possivelmente dificultam o acesso de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde.

As prescrições, de um modo geral, não continham problemas relacionados à identificação do local de atendimento, profissional ou paciente, porém, apresentavam ausência de informações importantes como a concentração (dose), forma farmacêutica e via de administração, além do excesso de abreviaturas, os quais juntos podem favorecer o uso incorreto dos medicamentos comprometendo a segurança dos pacientes.

Considera-se importante a presença de todas as informações nas prescrições, destacando-se as particularidades existentes na situação das crianças, onde previamente coexistem tantas dificuldades quanto à seleção do medicamento por suas características fisiológicas diferenciadas e limitadas opções terapêuticas seguras e eficazes.

Conflito de interesses

Não há conflitos de interesse envolvidos nesta pesquisa.

Fonte de financiamento

Não houve fonte de financiamento para a realização da pesquisa.

Colaboradores

Constam as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo: ACGS, ASS e GMA contribuíram para concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, além da responsabilidade pelos aspectos de exatidão e integridade de qualquer parte da obra. ASS e GMA responsáveis pela redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. DG teve contribuição na análise estatística dos dados coletados e para revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

Agradecimentos à instituição onde a pesquisa foi realizada, bem com aos funcionários e profissionais da saúde do setor de emergência, pelo auxílio fornecido durante a coleta de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montgomery VL. Effect of fatigue, workload, and environment on patient safety in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med.* 2007; 8(2):11-16.
2. Costa PQ, Rey LC, Coelho HLL. Carência de preparações medicamentosas para uso em crianças no Brasil. *J Pediatr.* 2009; 85(3):229-235.
3. WHO (World Health Organization). Medicamentos: uso racional de los medicamentos. Fact Sheet nº 338. May 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/>>. Acesso em: 05 abril 2013, 22h10.
4. Carvalho, ML (editorial). O desafio do uso *off label* de medicamentos. *Rev Paul Pediatr.* 2016; 34(1):1-2.
5. Díez YB, Conejo PR, Bértolo JC *et al.* Estudio de La calidad de las prescripciones médicas em um servicio de urgências pediátricas. *Acta Pediat Esp.* 2009; 67(9):427-431.
6. OMS (Organização Mundial de Saúde). Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos: OMS, 1993. 87p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2975s/>>. Acesso em: 25 março 2013, 22h15.
7. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 10 abril 2013, 16h15.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1973 dez 19; 13049 Seção 1.
9. Madruga SMD, Souza ESM. Manual de Orientações Básicas para Prescrição Médica. João Pessoa, 2009. 34p. Disponível em: <<http://www.portalmédico.org.br/REGIONAL/crmpb/manualPrescricao.pdf>>. Acesso em: 25 março 2013.
10. Collaborating Centre For Drugs Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC code) 2009. Disponível em: <http://www.whocc.no/atc_ddd_publications/guidelines/>. Acesso em: 30 maio 2013, 17:30h.
11. Batistela S, Guerreiro NP, Rosseto EG. Os motivos de procura pelo Pronto Socorro Pediátrico de um Hospital Universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.* 2008;29(2):121-130.
12. Galato D, Ottersbach F, Pereira DC *et al.* Prescrições pediátricas em uma Unidade Básica de Saúde do Sul de Santa Catarina: avaliação do uso de antibacterianos. *Pediatr Mod.* 2011; 47(6):186-191.
13. Gonçalves MG, Heineck I. Frequência de prescrições de medicamentos *off label* e não licenciados para pediatria na atenção primária à saúde em município do Sul do Brasil. *Rev Paul Pediatr.* 2016; 34(1):11-17.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1999 fev 11. Seção 1. Página 1.
15. Liell AP, Toscan C, Weber D *et al.* Indicadores do uso racional de medicamentos em ambulatório-escola. *Rev Amrigs,* 2009, 53(4):341-44.
16. Zanin FHC, Simon TFP. Indicadores de prescrição médica em serviço de urgência de um Hospital Público, Belo Horizonte – MG. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde.* 2012; 3(1):42-45.
17. Tavares NUL, Bertoldi AD, Muccillo-Baisch AL. Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(8):1791-1800.
18. Cardinal LSM, Matos VTG, Resende GMS *et al.* Caracterização das prescrições medicamentosas em unidade de terapia intensiva adulto. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012; 24(2):151-56.
19. Rosa MB, Perini E, Anacleto TA *et al.* Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(3):490-98.
20. Soares AQ, Martins MR, Carvalho RF *et al.* Avaliação das prescrições medicamentosas pediátricas de um hospital de ensino. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde.* 2012;3 (1) 27-31.